Bayerisches Staatsministerium für
Gesundheit und Pflege

Bestätigung der Einrichtung

Hiermit erklärt die Einrichtung

Name der Einrichtung	
Art der Einrichtung	☐ Krankenhäuser ☐ Rehabilitationseinrichtungen (Einrichtungen der Vorsorge) ☐ stationäre Pflegeeinrichtungen ☐ Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen ☐ Einrichtungen für ambulante Operationen ☐ Dialysezentren ☐ ambulante Pflege ☐ ambulante Dienste oder stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe ☐ Tageskliniken ☐ Entbindungseinrichtungen ☐ ambulante Hospizdienste und Palliativversorgung ☐ Arztpraxen, Zahnarztpraxen ☐ Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe ☐ Einrichtungen des ÖGD, in denen medizinische Untersuchungen etc. durchgeführt werden ☐ Rettungsdienste ☐ sonstige Einrichtung oder Unternehmen nach § 4 Abs. 2 Nr. 1 bis 7 TestV: _____
Anschrift:	
Telefonnummer:	

, dass die Person

Familienname, Vorname:	
Anschrift:	
Geburtsdatum:	

in unserer o.g. Einrichtung/unserem o.g. Unternehmen

☐ tätig werden soll oder tätig oder ☐ Besucher § 4a Absatz 1 Nummer 5 TestV n.F. ist.

_____ _____ , den ___.___.20___

Unterschrift/Stempel der Einrichtung Ort Datum

Hinweis:
Wer dieses Dokument fälscht oder nachträglich verändert oder das unechte oder verfälschte Dokument gebraucht, handelt strafbar.
Stellt sich nachweislich heraus, dass der Test nicht für den genannten Anlass erfolgte, werden die Kosten hierfür nachträglich erhoben.
Die jeweiligen Testansprüche richten sich nach der TestV und sind in der Übersicht unter https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2021/11/uebersicht-testungen_26-11-2021.pdf vereinfacht dargestellt. Soweit Ansprüche auf PCR-Testung bestehen, können diese aus Abrechnungsgründen grundsätzlich ausschließlich in den lokalen Testzentren des ÖGD wahrgenommen werden.