

FB

Sondernachweis im Rahmen der Anspruchsberechtigung –  
Corona-Test

Kur Apotheke | 38685 Langelsheim | Hauptstraße 5 | Tel: 05326 4420

Ich, \_\_\_\_\_ (Vor-/Zuname), geb. am \_\_\_\_\_ (Datum: tt.mm.jjjj)

Wohnhaft \_\_\_\_\_ (Str./Nr.) \_\_\_\_\_ (PLZ/Ort),

mache folgende Angaben im Rahmen der Anspruchsberechtigung nach § 4a der Coronavirus-  
Testverordnung (TestV (Stand: 29.06.2022))Ich werde  **regelmäßig** /  **einmalig** folgenden **Ort\*** (Einrichtung) besuchen:\*Ort: \_\_\_\_\_  
(Ort: Heim, Krankenhaus, Zuhause einer Kontaktperson, Veranstaltungsort, ...) **Im Rahmen meines Besuches werde ich Kontakt zu folgender Risikoperson haben:**Risikoperson: \_\_\_\_\_ (Vor-/Zuname) **Alter:** \_\_\_\_\_ **Nachfolgend bestätigt die o. g. Einrichtung (Ort) die Richtigkeit der gemachten Angaben** **Nachfolgend bestätigt die Risikoperson selbst die Richtigkeit der gemachten Angaben***Hiermit bestätige/n ich/wir der anspruchsberechtigten Person die Richtigkeit der Angaben zum Ort und zur Risikoperson.*\_\_\_\_\_  
Ort (z.B. Einrichtung), Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift Einrichtung (mit Stempel)  
oder Risikoperson bzw.  gesetzliche Vertretung*Hiermit bestätige ich als anspruchsberechtigte Person die Richtigkeit aller zuvor gemachten Angaben. Im Rahmen meiner Einwilligung zur Durchführung eines Corona-Testes und der damit verbundenen Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, bin ich damit einverstanden, dass auch dieser Nachweis dem Dokumentationsvorgang beigelegt wird.* **Aufgrund meiner Vorerkrankung(en) und/oder meiner Behinderung gehöre ich als anspruchsberechtigte Person selbst einer Risikogruppe an.**

*Ort (Apotheke), Datum*

*Unterschrift anspruchsberechtigte Person*