

**Bescheinigung über das Vorliegen eines positiven oder negativen  
Testergebnisses zum Nachweis des SARS CoV-2 Virus**  
(Test result certification)

**Testzentrum/ Teststelle** (testing centre):  
**ITA Impf-Test-Ambulanz**  
Esslinger Str. 8  
70182 Stuttgart / Germany

**Getestete Person** (Tested person):

Familienname, Vorname (Surname, First name):	
Anschrift (Address):	
Geburtsdatum (Date of birth):	
Telefonnummer (Phone number):	
Email-Adresse (Email address):	

**Test zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2** (Covid-19 test):

Name des Tests (Test name):	Iontek Flourion RT PCR-Kit		
Hersteller (Manufacturer):	Long Gene		
Test-Art (Test type):	<input checked="" type="checkbox"/> PCR-Test (PCR test)	<input type="checkbox"/> PCR-Schnelltest (Rapid PCR test)	<input type="checkbox"/> Antigen-Schnelltest (Rapid antigen test)
			<input type="checkbox"/> Antigen-Selbsttest unter Aufsicht (Rapid antigen test under supervision)
Test-Datum (Date of the test):			
Test-Uhrzeit (Time of the test):			
Test durchgeführt durch (Name, Vorname): (Test conducted by (Surname, Forename)):			
Test-Methode (Test method):	Nasen-Rachen-Abstrich (nasopharyngeal swab)		
Vort-Ort-Testung (on site test by operator):	<input checked="" type="checkbox"/>	Betriebliche Testung (Employees test)	<input type="checkbox"/>
		Testung durch Leistungserbringer 1 TestV (Test by service provider)	<input type="checkbox"/>
<b>Testergebnis (Result of the test): positiv (positive):</b> <input type="checkbox"/> <b>negativ (negative):</b> <input type="checkbox"/> <b>Ct-Wert (Ct value):</b>			

**ITA Impf-Test-Ambulanz**  
Esslinger Str. 8  
70182 Stuttgart / Germany

Datum/ Stempel testende Stelle / Unterschrift (Date/ Stamp / Signature)

**Hinweis:**

Wer dieses Dokument fälscht oder nachträglich verändert oder das unechte oder verfälschte Dokument gebraucht, handelt strafbar. Strafbar ist es auch, ein objektiv unrichtiges Gesundheitszeugnis gegenüber Behörden oder Versicherungen zu gebrauchen.

**Note:**

Anybody forging or subsequently altering this document or using the forged or falsified document may be prosecuted. It is also a criminal offence to present an objectively incorrect health certificate to the authorities or insurance companies.

<b>Vorname:</b>	
<b>Nachname:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Adresse:</b>	
<b>Telefonnummer/Email:</b>	

## Anspruch auf Testungen nach § 4 a TestV (Bürgertestungen) ab 30.06.2022

Ausschließlich folgende **asymptomatische** Personen(-gruppen) haben Anspruch auf kostenlose Testungen:

### BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN:

1. **Kinder** bis einschließlich 4 Jahren.
2. Personen, die aufgrund einer **medizinischen Kontraindikation**, insbesondere einer Schwangerschaft im ersten Schwangerschaftsdrittel, zum Zeitpunkt der Testung nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden können oder in den letzten drei Monaten vor der Testung aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden konnten,
3. Personen, die zum Zeitpunkt der Testung an klinischen **Studien** zur Wirksamkeit von Impfstoffen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 teilnehmen oder in den letzten drei Monaten vor der Testung an solchen Studien teilgenommen haben,
4. Personen, die sich zum Zeitpunkt der Testung aufgrund einer **nachgewiesenen Infektion** mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 in Absonderung befinden, wenn die Testung zur Beendigung der Absonderung erforderlich ist,
5. Wenn es nachfolgend genannte **Einrichtungen oder Unternehmen\*** oder der öffentliche Gesundheitsdienst zur Verhinderung der Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 verlangen, haben asymptomatische Personen Anspruch auf Testung, wenn sie
- 5.1. dort gegenwärtig **behandelt, betreut, gepflegt** werden oder untergebracht sind oder
- 5.2. eine dort behandelte, **betreute, gepflegte oder untergebrachte** Person **besuchen** wollen.
6. (Die zu testende Person hat einen Eigenanteil in Höhe von 3 Euro an den Leistungserbringer zu leisten) Personen, die an dem Tag, an dem die Testung erfolgt,
- 6.1. (Die zu testende Person hat einen Eigenanteil in Höhe von 3 Euro an den Leistungserbringer zu leisten) eine **Veranstaltung** in einem Innenraum besuchen werden oder
- 6.2. zu einer Person **Kontakt** haben werden, die
- 6.2.1. (Die zu testende Person hat einen Eigenanteil in Höhe von 3 Euro an den Leistungserbringer zu leisten) das **60. Lebensjahr vollendet** hat oder

6.2.2. (Die zu testende Person hat einen Eigenanteil in Höhe von 3 Euro an den Leistungserbringer zu leisten)  
aufgrund einer **Vorerkrankung oder Behinderung** ein hohes Risiko aufweist, schwer an COVID-19 zu erkranken,

7. (Die zu testende Person hat einen Eigenanteil in Höhe von 3 Euro an den Leistungserbringer zu leisten)  
Personen<sup>2</sup>, die durch die **Corona-Warn-App** des Robert Koch-Instituts eine Warnung mit der Statusanzeige erhöhtes Risiko erhalten haben,

8. Leistungsberechtigte, die im Rahmen eines Persönlichen Budgets nach **§ 29** des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (betrifft **Menschen mit Behinderungen**) Personen beschäftigen, sowie Personen, die bei Leistungsberechtigten im Rahmen eines Persönlichen Budgets nach **§ 29** des Neunten Buches Sozialgesetzbuch beschäftigt sind,

9. **Pflegepersonen** (Pflegepersonen im Sinne dieses Buches sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 in seiner häuslichen Umgebung pflegen) im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch,

10. Personen, die mit einer mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 **infizierten Person in demselben**

**Haushalt** leben.

\* Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken, Entbindungseinrichtungen, Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen, die mit einer der vorher genannten Einrichtungen vergleichbar sind, Arztpraxen, Zahnarztpraxen, Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe, Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in denen medizinische Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchgeführt werden, ambulante Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen, und Rettungsdienste. Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auch dann, wenn dort keine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, stationäre Einrichtungen und ambulante Dienste der Eingliederungshilfe

### **Nachweis der Testberechtigung**

1. Personen über 18 Jahre müssen einen amtlichen Lichtbildausweis (Personalausweis oder Reisepass) vorlegen. Personen unter 18 Jahren ein sonstiger amtlicher Lichtbildausweis.
2. Nachweise, dass die Personen einen Anspruch auf Testung nach den oben genannten Gründen (Testungen nach § 4 a TestV (Bürgerfestungen)) haben.
  - a. Im Fall 2 (der medizinischen Kontraindikation) muss ein ärztliches Attest im Original vorgelegt werden.
  - b. Im Fall 10 (Haushaltsangehöriger) ein Nachweis über das positive Testergebnis und über dieselbe Wohnanschrift.
3. Im Fall von Nummer 6 und 7 muss eine Selbstausskunft der zu testenden Person abgegeben werden, dass eine Testung nach Nummer 6 oder 7 unter Eigenbeteiligung von 3 Euro durchgeführt wird/wurde. Diese Selbstausskunft muss genau wie die anderen zu dokumentierenden Daten bis zum 31.12.2024 aufbewahrt werden.

Hiermit versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben.

---

Ort, Datum, Unterschrift