

## SELBSTAUSKUNFT/NACHWEIS NACH § 6 ABS. 3 NR. 4 TESTV ZUR INANSPRUCHNAHME VON TESTUNGEN NACH § 4a TESTV

\_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift

### Nachweis der Identität durch

Personalausweis     Reisepass     Sonstiger amtlicher Lichtbildausweis     Geburtsurkunde

### Hiermit versichere ich, dass ich zu folgender Personengruppe gehöre:

- § 4a Nr. 1 TestV:**  
Personen nach § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4: Besucher und Behandelte oder Bewohner in unter anderem folgenden Einrichtungen: Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, stationären Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, Einrichtungen für ambulante Operationen, Dialysezentren, ambulante Pflege, ambulante Dienste oder stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe, Tageskliniken, Entbindungskliniken, ambulanten Hospizdiensten und Palliativversorgung, Obdachlosenunterkünften, Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbar Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedler
- § 4a Nr. 2 TestV:**  
Leistungsberechtigte, die im Rahmen eines Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch Personen beschäftigen, sowie Personen, die bei Leistungsberechtigten im Rahmen eines Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch beschäftigt sind
- § 4a Nr. 3 TestV:**  
Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Meine Angaben habe ich durch die Vorlage entsprechender Dokumente belegt (z.B. amtlicher Lichtbildausweis, Geburtsurkunde, Testergebnis und Nachweis des Wohnortes, Selbstauskunft über den Besuch eines Pflegeheimes oder eines Krankenhauses oder über die Pflege eines Angehörigen, Beleg über den Pflegestatus des pflegebedürftigen Angehörigen)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Testperson bzw. des/der Erziehungsberechtigten

**Die durch die Testperson vorgenommenen personenbezogenen Angaben und ggfs. erforderlichen Belege wurden seitens der Teststelle auf Richtigkeit überprüft.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Verantwortlichen der Teststelle