Gesundheitsamt Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

Adresse

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

|  |  |
| --- | --- |
| Einrichtung/ Unternehmen: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| vertreten durch: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Anschrift: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| PLZ, Ort: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| Telefonnummer: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| E-Mail-Adressen: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**Antrag auf Beschaffung von PoC-Antigen-Tests gem. § 4 Coronavirus-TestV**

Die Einrichtungen bzw. das Unternehmen ist eine Einrichtung nach § 4 Absatz 2 Nummer 1, 2, 3 oder 4 TestV:

|  |
| --- |
|[ ]  § 4 Absatz 2 Nummer 1: Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- oder Reha-Einrichtungen, Dialyseeinrichtungen |
|[ ]  § 4 Absatz 2 Nummer 2: Voll- oder teilstationäre Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen |
|[ ]  § 4 Absatz 2 Nummer 3: ambulante Pflegedienste inkl. ambulante Intensivpflege und vergleichbare Dienste |
|[ ]  § 4 Absatz 2 Nummer 4: ambulante Dienste der Eingliederungshilfe |

und pflegt, betreut bzw. behandelt insgesamt Klicken Sie hier, um Text einzugeben. **Personen stationär / teilstationär** oder Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Personen **ambulant**.

Hiermit wird die Beschaffung von Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  **PoC-Antigen-Tests** pro Monat beantragt.

**Datum des Erstantrags**: Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

Dem Antrag ist das Testkonzept der Einrichtung bzw. des Unternehmens beigefügt.

-----------------------------

Unterschrift

Hinweise: Maximale Anzahl gem. TestV:

Stationäre Einrichtungen: pro behandelter/betreuter Person x 30 / Monat

Ambulante Einrichtungen: pro behandelter/betreuter Person x 15 / Monat; ab 15.1.21 pro behandelter/betreuter Person x 20 / Monat