



WAS IST DER GRUND MEINES TESTS (Bitte kreuzen Sie den zutreffenden Grund an)

Nachname, Vorname: _____

Straße: _____

Postleitzahl: _____

Ort: _____

Kostenloser Anspruch:

- Schwanger im ersten Trimester (Nachweis: Mutterpass mitbringen)
- Freitester bzw. Beendigung der Absonderung (Nachweis: PCR-Test Ergebnis, das nicht älter als 21 Tage ist)
- Pflegepersonen bzw. Angehörige von Pflegebedürftigen (Nachweis: Bescheinigung der Pflegekasse oder Krankenkasse)
- Personen mit Infizierten im selben Haushalt
- Menschen, die sich nicht impfen lassen dürfen (Nachweis: Ärztliches Attest oder ggf. Mutterpass)
- Studienteilnehmer von Corona-Impfstoffen (Nachweis: Bescheinigung von der Einrichtung, die diese Studien durchführen)
- Besucher, Behandelte und Beschäftigte im Pflegeheim oder in medizinischen Einrichtungen (Nachweis: Bescheinigung von der Einrichtung)
- Menschen, die in Unterkünften für Flüchtlinge, Obdachlose oder Asylbewerber untergebracht sind (Nachweis von Unterkunft oder der Stadt)
- Kinder unter 5 Jahren

3€ - Selbstbeteiligung (Wir verzichten auf die 3€)

- Rote Corona-Warn-App (Digitaler Nachweis)
- Veranstaltungsbesuch im Innenraum (z. B. Theater oder Konzerte) am gleichen Tag (Selbstauskunft)
- Kontakt zu über 60-Jährigen, Menschen mit Vorerkrankung oder Behinderung (Selbstauskunft)
- Möglicher Kontakt am Tag der Testung

5€ - Selbstzahler

- Für alle, die nicht unter den o.g. Kategorien fallen

Datum: _____

Unterschrift: _____