

Vordruck **Beschäftigte Schule**

zur Durchführung einer symptomfreien PoC-Antigen-Schnelltestung auf das SARS-CoV-2-Virus auf Basis der Vereinbarung des Landes Hessen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Schulstempel _____

Name berechnigte Person _____

Die o.g. Person ist berechnigt, das Testangebot des Landes für Schulen (Erlass vom 27. November 2020) in Anspruch zu nehmen. Sie / Er ist damit berechnigt, sich im Rahmen der freiwilligen PoC-Antigen-Schnelltestung auf das SARS-CoV-2-Virus für Beschäftigte ab dem 01. Dezember 2020 alle 14 Tage auf Kosten des Landes testen zu lassen. Grundlage ist eine Vereinbarung der Kassenärztlichen Vereinigung mit dem Land Hessen.

Datum / Unterschrift Schulleitung

Ich versichere, keine SARS-CoV-2-Symptome aufzuweisen und auf das Coronavirus nicht innerhalb der letzten 14 Tage getestet worden zu sein.

Datum / Unterschrift Testberechnigte/r
(Dieses Formular verbleibt in der Arztpraxis)