

# Vordruck zur Durchführung einer symptomfreien Testung auf das CARs-Cov-19-Virus auf Basis der Vereinbarung des Landes Hessen mit der Kassenärztlichen Vereinigung

Schulstempel \_\_\_\_\_

Name berechnigte Person \_\_\_\_\_

Die o.g. Person ist berechnigt, das Testangebot des Landes für Schulen (Erlass vom 16. November 2020) in Anspruch zu nehmen. Sie / Er ist damit berechnigt, sich im Rahmen der freiwilligen SARS-CoV-2-Tests für Beschäftigte in der Zeit ab 16. November bis auf Weiteres 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)