

Berechtigungsformular

Ich bin zum Empfang des Covid-Antigen-Tests berechtigt, weil ich folgender Berufsgruppe angehöre bzw. für folgende Einrichtungen bestelle (zutreffendes bitte ankreuzen):

- Arzt/Ärztin oder Apotheker/Apothekerin
- ambulante oder stationäre Einrichtung im Gesundheitswesen
- Gesundheitsbehörde des Bundes, der Länder, der Gemeinde und Gemeindeverbände
- Großhändler oder pharmazeutisches Unternehmen
- Blutspendendienst
- Beratungs- und Testeinrichtung für besondere Personengruppen
- Voll- oder teilstationäre Einrichtung zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen (insbes. Alten- und Pflegeheime)
- Obdachlosenunterkunft
- ambulanter Pflegedienst, ambulanter Dienst der Eingliederungshilfe
- Gemeinschaftseinrichtung, in denen überwiegend Minderjährige betreut werden (insbes. Kitas, Horte, Schulen und/oder Heime)
- Einrichtung zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, Flüchtigen und Spätaussiedlern
- Justizvollzugsanstalten
- Einrichtung der kritischen Infrastruktur [nach KritisV] (Energie/Wasser, Ernährung, IT/Telekommunikation, Gesundheit, Finanz- Versicherungswesen, Transport/Verkehr)
- Arbeitgeber im Sinne des §2 Absatz 3 des Arbeitsschutzgesetzes (natürliche und juristische Personen und rechtsfähige Personengesellschaften, die Personen beschäftigen)

Zum Nachweis meiner Berechtigung

- füge ich eine Kopie meines Arztnachweises bei
- füge ich eine Kopie meines Apothekerausweises bei
- übermittle ich folgende Erklärung eines Vertreters meiner Einrichtung/Betriebstätte:
Hiermit bestätigen wir, dass wir als Einrichtung/Arbeitgeber **wie oben angekreuzt** zum Empfang des Covid-Antigen-Tests berechtigt sind und die Bestellung für unsere Einrichtung/Betriebstätte genehmigen.

Bestellnummer:

Vorname, Nachname

Stempel und Unterschrift:

Funktion in der Einrichtung / Betriebstätte

E-Mail: