



**Berechtigungsschein
zur Testung auf das Coronavirus (SARS-CoV-2)
für in Kindertagesbetreuung und in Kindertagespflege
tätige Personen
im Rahmen der Teststrategie Land Brandenburg**

Dieser Berechtigungsschein legitimiert bis zu zwei Testreihen bei einer/einem an der Vereinbarung teilnehmenden Vertragsärztin/Vertragsarzt im Land Brandenburg kostenlos durchführen zu lassen.

Die Gültigkeit dieses Berechtigungsscheines ist auf den Zeitraum vom 07.12.2020 bis zum 23.01.2021 befristet.

Anspruchsberechtigte Person:

Name:

Geburtsdatum:

Vorname:

Anschrift:

Telefonnummer:

E-Mail (Angabe freiwillig):

Bestätigung Träger

bzw. bei Kindertagespflege Bestätigung Jugendamt:

Träger/Jugendamt:

Anschrift:

Telefonnummer:

E-Mail:

Hiermit wird bestätigt, dass die vorgenannte Person in der vorgenannten Einrichtung der Kindertagesbetreuung bzw. in der Kindertagespflege tätig ist.

Ausstellungsdatum

Dienststempel und Unterschrift des Trägers der
Einrichtung/des Jugendamtes

Testungsnachweise:

Nr.	Datum der Probenentnahme:	Unterschrift der zu testenden Person	Praxisstempel
1.	vom 07.12.- 18.12.2020		
2.	vom 11.01.- 23.01.2021		

Bitte beachten Sie unbedingt die obigen verbindlichen Zeiten der Probenentnahmen.

Mit der Aushändigung des Berechtigungsscheines an mich erkläre ich mich mit einer Abstrichentnahme und Untersuchung auf das Coronavirus (SARS-CoV-2) einverstanden.

Bei einem positiven SARS-CoV-2 Nachweis muss das Labor nach dem Infektionsschutzgesetz eine namentliche Meldung an das Gesundheitsamt vornehmen.

Datum

Unterschrift der anspruchsberechtigten Person

Bitte vereinbaren Sie telefonisch einen Termin zur jeweiligen Abstrichentnahme und händigen Sie diesen Berechtigungsschein der testenden Vertragsärztin oder dem testenden Vertragsarzt bei Ihrem ersten Termin aus.

Einwilligung in die Datenverarbeitung:

Mit der Verarbeitung der erhobenen Daten zum Zwecke der Abrechnung und Auswertung durch die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg gegenüber dem MSGIV bin ich einverstanden.

Name:

Vorname:

Anschrift:

Telefonnummer:

E-Mail (Angabe freiwillig):

Datum

Unterschrift der anspruchsberechtigten Person