

Berechtigungsschein

zur Testung auf das Corona-Virus im Rahmen der Teststrategie des Freistaates Sachsen für ausgewählte Berufsgruppen **ohne Symptome** nach Reiserückkehr aus dem Inland

Dieser Berechtigungsschein legitimiert im Zeitraum vom 31.08.2020 bis zum 30.09.2020 zur einmaligen, kostenlosen Testung bei einem an dem Vertrag des Freistaates Sachsen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen teilnehmenden Arzt.

Zur Untersuchung sollten primär Haus- und HNO-Ärzte aufgesucht werden. Die Abrechnung gegenüber der KV Sachsen erfolgt unter der **Abrechnungsziffer 99135** zu Lasten des **Sonderkostenträgers KV Sachsen (VKNR 98999 bzw. IK 100098999)**.

Anspruchsberechtigte Person:

Name: Geburtsdatum:

Vorname:

Anschrift:

Telefonnummer: E-Mail (freiwillig):

Bestätigung Einrichtung/Träger:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> stationäre Pflege- oder Betreuungseinrichtung | <input type="checkbox"/> ambulante Pflege- oder Betreuungseinrichtung |
| <input type="checkbox"/> Kindertageseinrichtung | <input type="checkbox"/> Einrichtungen der Kindertagespflege |
| <input type="checkbox"/> Einrichtungen der Eingliederungshilfe | <input type="checkbox"/> Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe |
| <input type="checkbox"/> Personal der Schulsozialarbeit | |

Einrichtung:

Anschrift:

Telefonnummer: E-Mail:

Hiermit wird bestätigt, dass die vorgenannte Person in der vorgenannten Einrichtung tätig ist und zum anspruchsberechtigten Personenkreis zählt.

Ausstellungsdatum

Dienststempel und Unterschrift der Einrichtung

Testnachweis:

Datum der Testung	Unterschrift der getesteten Person	Praxisstempel
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Mit der Aushändigung des Berechtigungsscheins an die testende Ärztin oder den testenden Arzt erkläre ich mich mit einer Abstrichentnahme und Untersuchung auf das Corona Virus einverstanden.

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

Datum

Unterschrift der anspruchsberechtigten Person

Einwilligung in die Datenverarbeitung:

Mit der Verarbeitung der erhobenen Daten zum Zwecke der Abrechnung und Auswertung durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen gegenüber dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und gesellschaftlichen Zusammenhalt bin ich einverstanden. Das Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen.

Datum

Unterschrift der anspruchsberechtigten Person