



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 sechs Testungen 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 03.08. bis zum 30.11.2020 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 03.08.- 21.08.2020		
2.	vom 28.08.- 11.09.2020		
3.	vom 18.09.- 02.10.2020		
4.	vom 09.10.- 23.10.2020		
5.	vom 30.10.- 13.11.2020		
6.	vom 16.11.- 30.11.2020		

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