

**Anlage 2**

**Vordruck Testlegitimation**

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

Schulstempel \_\_\_\_\_

Name des/der Anspruchsberechtigten \_\_\_\_\_

Die o.g. Person ist berechtigt, das Testangebot des Landes für Schulen (Erlass vom 21. August 2020) in Anspruch zu nehmen. Sie / Er ist damit berechtigt, sich im Rahmen der freiwilligen SARS-CoV-2-Tests für Beschäftigte in der Zeit vom 10. August bis zum 1. Oktober 2020 alle 14 Tage auf Kosten des Landes testen zu lassen. Grundlage ist eine Vereinbarung der Kassenärztlichen Vereinigung mit dem Land Hessen.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift Schulleitung

Ich versichere, keine SARS-CoV-2-Symptome aufzuweisen und nicht innerhalb der letzten 14 Tage auf das Coronavirus getestet worden zu sein.

(Dieses Formular verbleibt in der Arztpraxis)