

## Antrag auf volle Kostenübernahme

### Bestätigung über Wahrnehmung des Testtermins

- Hiermit erkläre ich, dass ich die Testung bei CoviQuick persönlich wahrgenommen habe.
- Hiermit willige ich der Datenverarbeitung nach DSGVO ein, wodurch es CoviQuick erlaubt ist personenbezogene Daten zu speichern, sofern dies ausschließlich der korrekten Übermittlung der Testergebnisse und Speicherung für die Abrechnung der Tests mit der KVN nötig ist.

BEIDE PFLICHT!

Um sich von den Testkosten befreien zu lassen **müssen** Sie zu eine der folgenden Gruppen gehören und dies dem Testpersonal nachweisen können. Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie/die zu testende Person zutrifft:

- Kinder die das 5te Lebensjahr nicht vollendet haben
- Schwangere im ersten Trimester
- Personen, die sich aus med. Gründen nicht impfen lassen dürfen
- Teilnehmende an Studien von Impfstoffen
- Personen, die sich nach einer Covid Infektion Freitesten wollen/müssen
- Besucher, Behandelte oder Bewohner von Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, ambulante Dienste/Pflege, Tageskliniken, Entbindungseinrichtungen
- Pflegende Angehörige
- Haushaltsangehörige von Infizierten

NUR EIN KREUZ SETZEN!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass es sich bei den vorgelegten Dokumenten zur Testkostenbefreiung um originale und legitime Zertifikate handelt und für mich eine Testkostenbefreiung zutrifft. Die Vorlage falscher Zertifikate kann strafrechtliche Konsequenzen mit sich führen.

Name: \_\_\_\_\_

Hannover den \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr

Unterschrift: \_\_\_\_\_