

Bescheinigung über Notwendigkeit einer Testung nach §4 TestV

Hiermit bestätigen wir, dass unser/e **Patient*in** _____

geb. am _____

- auf Grund eines ambulanten OP Termins
 auf Grund eines ambulanten Termins im Kinderkrankenhaus bzw. SPZ

nach §4 TestV (Verhütung der Verbreitung) Anrecht auf eine kostenlose Testung hat.

Testverfahren: POC Antigen Schnelltest PCR

Der/die minderjährige Patient*in muss zwingend von einem/r Vertretungsberechtigten begleitet werden, der/die demzufolge ebenfalls Anspruch auf eine kostenlose Testung mit POC Antigen Schnelltest hat. Vertretungsberechtigt ist

Frau/Herr _____ geb. am _____

Hiermit bestätigen wir, dass Frau/Herr _____

geb. am _____

- als Besucher*in eines erkrankten Kindes
 auf Grund eines zu stillenden Kindes
 sonstiger Anlass _____

nach §4 TestV (Verhütung der Verbreitung) Anrecht auf eine kostenlose Testung mit POC Antigen Schnelltest hat.

Datum

Stempel / Unterschrift Kinderkrankenhaus

Ergebnis der Testung

Das Testzentrum bestätigt hiermit das Ergebnis der Testung:

Patient*in **Vertretungsberechtigte/Besuchende/Stillende**

- positiv positiv
 negativ negativ

Diese Bestätigung gilt ausschließlich für das Kinderkrankenhaus und stellt kein Testzertifikat dar.

Datum

Stempel / Unterschrift Testzentrum

Anschrift:
Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH
Grillparzerstraße 9 84036 Landshut
Bankverbindung:
Liga Bank e.G., Regensburg
IBAN: DE19 7509 0300 0001 3352 78
BIC: GENODEF1M05

Kommunikation:
Zentrale: Tel.: 0871 852-0
Fax: 0871 21230
www.kinderkrankenhaus-landshut.de
kinderkrankenhaus@st-marien-la.de

Geschäftsführer:
Bernhard Brand
Aufsichtsratsvorsitzende:
Schw. M. Christine Mirlach
Kongregation der Solanusschwestern

Sitz der Gesellschaft:
Landshut, HRB 9742
Steuer-Nummer:
132/147/01000