

## Erklärung zur Vorlage bei der testenden Praxis/Einrichtung

(Bitte der Praxis/Einrichtung aushändigen, die den Abstrich durchführt!)

zur Durchführung einer Testung von in Schulen und Kindertagesstätten in Rheinland-Pfalz Tätigen auf das Coronavirus im Rahmen der Vereinbarung zwischen dem Land Rheinland-Pfalz und der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) vom 17.08.2020

– zum Verbleib bei der Ärztin/dem Arzt –

Name/Anschrift der Einrichtung (Schule, Kindertagesstätte):

---

---

Hiermit wird bestätigt, dass

Name, Vorname: \_\_\_\_\_,

geb. am: \_\_\_\_\_,

wohnhaft: \_\_\_\_\_

in der oben genannten Schule beziehungsweise Kindertagesstätte tätig ist.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Leitung

**Diese Bescheinigung berechtigt zu einer Testung bis zum 15.09.2020.**

**Die Testung kann nur bei einer rheinland-pfälzischen Kassenarztpraxis oder einer Corona-Ambulanz, Corona-Praxis oder Corona-Sprechstunde der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz durchgeführt werden, die an der oben genannten Vereinbarung teilnimmt und ihre Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz abrechnet. Eine Privatabrechnung mit der zu testenden Person oder eine Abrechnung mit der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung ist ausgeschlossen.**

## Erklärung der o.g. zu testenden Person

Ich möchte das Angebot des Landes Rheinland-Pfalz für eine einmalige kostenlose Testung auf das SARS-CoV-2 Virus in Anspruch nehmen.

**Ich habe keinen Anspruch auf eine Testung auf der Basis vorrangiger Regelungen (Testungen für Rückkehrende aus dem Ausland, konkreter Verdachtsfall einer COVID-19-Infektion)<sup>1</sup>.**

Name, Vorname der zu testenden Person:

---

---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

---