



Falken Apotheke  
Dr. Michael Wilhelm  
Münchener Straße 38  
85737 Ismaning

Tel: 089 / 96 200 412  
Fax: 089 / 96 200 413  
E-Mail: info@falken-apotheke-ismaning.de

## Selbstauskunft/Nachweis nach § 6 Abs. 3 Nr. 4 und 5 TestV zur Inanspruchnahme von Testungen nach § 4a TestV

Hiermit versichere ich,

\_\_\_\_\_  
Vor-(Ruf-) und Familienname

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

**dass ich zu folgender Personengruppe gehöre:**

- Personen, die an dem Tag, an dem die Testung erfolgt nach § 4a Absatz 1 Nr. 6 TestV\*,
  - eine Veranstaltung in einem Innenraum besuchen werden **oder**
  - zu einer Person Kontakt haben werden, die
    - das 60. Lebensjahr vollendet hat oder
    - aufgrund einer Vorerkrankung oder Behinderung ein hohes Risiko aufweist, schwer an COVID-19 zu erkranken

### **(Eigenbeteiligung i. H. v. 3,00 Euro, siehe § 4a Abs. 2 TestV)\*\***

- Personen, die durch die Corona-Warn-App des Robert Koch-Instituts eine Warnung mit der Statusanzeige erhöhtes Risiko erhalten haben nach § 4a Absatz 1 Nr. 7 TestV\*

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Testperson bzw.  
des/der Erziehungsberechtigten

**Testzentrum: Falken Apotheke, Dr. Michael Wilhelm, Münchener Str. 38, 85737 Ismaning**

- Die o. g. Eigenbeteiligung wurde entrichtet (siehe oben)

Die durch die Testperson vorgenommenen personenbezogenen Angaben wurden seitens der Teststelle auf Richtigkeit überprüft.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Testenden

\*Angaben durch entsprechende Dokumente zu belegen (z.B. amtlicher Lichtbildausweis, ärztliches Attest, Mutterpass, positiver Test, Eintrittskarte, Corona-Warn-App, Testergebnis und Nachweis des Wohnortes).

\*\*Testungen mit Eigenbeteiligung sind nicht in lokalen Testzentren der Kreisverwaltungsbehörden möglich!