



**Niedersächsisches
Kultusministerium**

Berechtigungsschein

zur Testung auf das Coronavirus (SARS-CoV-2) für Landesbedienstete in Schulen
des Landes Niedersachsen

Dieser Berechtigungsschein legitimiert bis zum 11.10.2020 ein- bis maximal zweimal eine kostenfreie Testung in einer von der KV Niedersachsen der gelisteten Vertragsarztpraxen auf persönlichen Wunsch und bei Bedarf (anlassunabhängig) in Anspruch zu nehmen.

Eine Verpflichtung zur Teilnahme an der Testung besteht nicht.

Anspruchsberechtigte Person:

Name:	Geburtsdatum:
Vorname:	
Anschrift:	
Telefonnummer:	E-Mail (freiwillig):

Bestätigung der Schule:

Schule:	
Anschrift:	
Telefonnummer:	E-Mail:
Hiermit wird bestätigt, dass die vorgenannte Person in der vorgenannten Schule tätig ist und zum anspruchsberechtigten Personenkreis zählt.	
_____	_____
Ausstellungsdatum	Dienststempel und Unterschrift der Schule

Postleitzahl des zuständigen Gesundheitsamtes: _____

Mit der Aushändigung dieses Berechtigungsscheines besteht die Möglichkeit, sich bei einer Ärztin bzw. einem Arzt ein- oder maximal zweimal auf das Coronavirus (SARS-CoV-2) testen zu lassen. Eine fortlaufend aktualisierte Liste von Ärztinnen und Ärzten, die die Abstriche kostenlos vornehmen, finden Sie auf der Website der Niedersächsischen Landesschulbehörde (Schul-Login ist erforderlich) unter: <https://www.landesschulbehoerde-niedersachsen.de/themen/aktuell-coronavirus/corona-test/>

Testnachweis:

Datum der Testung	Unterschrift der getesteten Person	Praxisstempel Vertragsarzt

Bei einem positiven SARS-CoV-2 Nachweis muss das Labor nach dem Infektionsschutzgesetz eine namentliche Meldung an das Gesundheitsamt vornehmen.

Datum

Unterschrift der anspruchsberechtigten Person

Bitte vereinbaren Sie bei Bedarf telefonisch einen Termin zur jeweiligen Probenentnahme und legen diesen Berechtigungsschein der jeweiligen Vertragsärztin/ dem Vertragsarzt vor.

Hinweis: Die angebotenen Testungen auf das Coronavirus sind nur außerhalb der Dienstzeiten möglich, insbesondere liegt keine Dienstreise vor.

Einwilligung zur Datenverarbeitung:

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten zum Zwecke der Abrechnung und Auswertung durch die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) verarbeitet werden dürfen. Diese Einwilligung gilt auch hinsichtlich der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gegenüber dem Niedersächsischen Kultusministerium, dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung sowie dem Niedersächsischen Landesgesundheitsamt. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen kann, indem ich der KVN (matthias.reinecke@kvn.de) meinen Widerruf gegen die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten mitteile.

Name:

Vorname:

Telefonnummer:

E-Mail (freiwillig):

Datum

Unterschrift der anspruchsberechtigten Person