

## Erklärung – Teilnahme am PCR-Testsystem der Kärntner Apotheken

Aufgrund der Vorgaben des Bundes und der damit einhergehenden Beschränkung des Testangebots auf fünf PCR-Tests pro Monat pro Person ist im Laufe eines Monats nur die Teilnahme an **einem** der vom Land Kärnten zur Verfügung gestellten Systeme – PCR-Testsystem von test.zmdx.at bzw. PCR-Testsystem der Kärntner Apotheken möglich.

Ich bestätige, dass ich **im laufenden Monat nur das PCR-Testsystem der Kärntner Apotheken** in Anspruch nehmen werde und das PCR-Testsystem von test.zmdx.at im laufenden Monat bisher nicht verwendet habe und auch nicht verwenden werde. Weiters bestätige ich, dass ich im laufenden Monat das **Kontingent von 5 PCR-Tests nicht aufgebraucht habe**.

### ODER

Ich bestätige, dass ich einen Gratistest für einen der folgenden Zwecke in Anspruch nehme (Zutreffendes ankreuzen)  Antigen  PCR

Besuchern, Begleitpersonen, Bewohnern, Mitarbeitern sowie externen Dienstleistern mit Bewohnerkontakt von Alten- und Pflegeheimen, Einrichtungen der Tagesstrukturen in der Altenbetreuung und im Behindertenbereich sowie stationären Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe,

Besuchern, Begleitpersonen, Patienten, Mitarbeitern sowie externen Dienstleistern mit Patientenkontakt von Krankenanstalten und Kuranstalten,

Erbringen mobiler Pflege – und Betreuungsdienstleistungen,

Personenbetreuern in der 24- Stunden-Betreuung und persönlichen Assistenten von Menschen mit Behinderung,

Kindern und Mitarbeitern elementarpädagogischer Bildungseinrichtungen sowie

Bewohner und Mitarbeiter von Flüchtlingsbetreuungseinrichtungen

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ Lichtbildausweisnr.: \_\_\_\_\_

SVNr: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon/Handy: \_\_\_\_\_

Adresse/Postleitzahl \_\_\_\_\_

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