

Berechtigungsformular

Ich bin zum Empfang des Covid-Antigen-Tests berechtigt, weil ich folgender Berufsgruppe angehöre bzw. für folgende Einrichtung bestelle (zutreffendes bitte ankreuzen):

- Arzt/Ärztin oder Apotheker/Apothekerin
- ambulante oder stationäre Einrichtung im Gesundheitswesen
- Gesundheitsbehörde des Bundes, der Länder, der Gemeinden und Gemeindeverbände
- Großhändler oder pharmazeutisches Unternehmen
- Blutspendedienst
- Beratungs- und Testeinrichtung für besonders gefährdete Personengruppen
- voll- oder teilstationäre Einrichtung zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen (insbes. Alten- und Pflegeheime)
- Obdachlosenunterkunft
- ambulanter Pflegedienst, ambulanter Dienst der Eingliederungshilfe
- Gemeinschaftseinrichtung, in denen überwiegend Minderjährige betreut werden (insbes. Kitas, Horte, Schulen, Heime)
- Einrichtung zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, Flüchtlingen und Spätaussiedlern
- Justizvollzugsanstalt
- Einrichtung der kritischen Infrastruktur [nach KritisV] (Energie/Wasser, Ernährung, IT/Telekommunikation, Gesundheit, Finanz- und Versicherungswesen, Transport/Verkehr)

Zum Nachweis meiner Berechtigung

- füge ich eine Kopie meines Arztausweises bei
- füge ich eine Kopie meines Apothekerausweises bei

Bestell- oder Kundennummer

Stempel und Unterschrift

- übermittle ich folgende Erklärung eines Vertreters meiner Einrichtung:

Hiermit bestätigen wir, dass wir als Einrichtung **wie oben angekreuzt** zum Empfang des Covid Antigen Tests berechtigt sind und die Bestellung für unsere Einrichtung genehmigen.

Vorname, Nachname

Funktion in der Einrichtung

E-Mail

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular direkt
per Mail an schnelltests@aponeo.de
per Fax an 0800 – 44 00 210
oder per Post an APONEO, Plauener Str. 163-165, 13053 Berlin