

**Vereinbarung
über die Durchführung und Übernahme der Kosten
eines PoC-Antigen-Schnelltests zum direkten Nachweis
des Coronavirus SARS-CoV-2**

zwischen

Testperson / Zahlungspflichtiger

Und

Pflegedienst

Die unterzeichnenden Vertragsparteien vereinbaren die Durchführung und Kostenübernahme eines PoC-Antigen-Test zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 gem. der Corona-Testverordnung (TestV) des Bundes vom 14.10.2020 i. d. F. vom 30.11.2020.

Der Testperson ist bekannt, dass sie einen Anspruch auf Testung zur Verhütung der Verbreitung des Coronavirus gem. § 4 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 TestV in Verbindung mit dem vorliegenden und durch die zuständige Stelle des öffentlichen Gesundheitsdienstes genehmigten einrichtungs- oder unternehmensbezogenen Testkonzepts hat. Weiterhin ist der Testperson bekannt, dass die maximal mit den Pflegekassen abzurechnende Menge an PoC-Antigen-Test gem. § 6 Abs. 3 TestV auf 30 Tests pro Monat und behandelte, betreute, gepflegte oder untergebrachte Person in teil- und vollstationären Einrichtungen bzw. 15 Tests im ambulanten Bereich begrenzt ist.

Hierzu erklärt der Pflegedienst, dass die maximal abzurechnende Mengengrenze für PoC-Antigen-Schnelltests für den Monat _____ bereits erreicht ist. Soweit ein Test gleichwohl gewünscht bzw. erforderlich ist, wird die Testperson darauf hingewiesen, dass die insoweit anfallenden Kosten von der Testperson selbst zu tragen sind. Die Kosten sind der Höhe nach auf die ansonsten von der Pflegekasse zu erstattenden Kosten und belaufen sich auf _____ € pro PoC-Antigen-Test.

Die Testperson erklärt ausdrücklich eine PoC-Antigen-Schnelltestung zu erhalten. Sie erklärt sich außerdem damit einverstanden, dass die insoweit anfallenden Kosten für alle nach Unterzeichnung dieser Vereinbarung durchgeführten Tests (als Nachweis gelten die Eintragungen im Besuchsregister) unmittelbar mit ihr abgerechnet werden, und dass sie zum Ausgleich der Kosten willens und in der Lage ist. Der Testperson ist bekannt, dass eine Kostenerstattung durch die eigene Pflegekasse nicht in Betracht kommt.

Ort, Datum

Unterschrift Testperson / Zahlungspflichtiger

Unterschrift Pflegedienst