**Anlage 3**

**Antrag gemäß § 6 Absatz 3 Coronavirus-Testverordnung – Test-VO**

**Antragsteller:** (Vertretungsberechtigter, Anschrift)

Klicken Sie hier, um Ihre Daten einzugeben.

**I. Erklärung:**

Wir sind  eine Einrichtung  ein Dienst

der Eingliederungshilfe nach SGB IX

der Pflege nach SGB XI

der Pflege nach SGB V

Unser/e Einrichtung/Dienst beabsichtigt, auf der Grundlage des Muster-Testkonzepts des Landes Rheinland-Pfalz vom 28.10.2020 wöchentliche PoC-Antigen-Tests durchzuführen.

Wir betreiben eine stationäre Einrichtung mit Klicken Sie hier, um die Anzahl einzugeben. belegten Plätzen (Anzahl der Bewohner/innen)

Pflege

Eingliederungshilfe

Wir betreiben einen ambulanten Dienst mit Klicken Sie hier, um die Anzahl einzugeben. Patient/innen/ Betreuten/ Nutzer/innen/ Klient/innen

Pflege

Eingliederungshilfe

Wir betreiben eine teilstationäre Einrichtung mit Klicken Sie hier, um die Anzahl einzugeben. Patient/innen/ Betreuten/ Nutzer/innen/ Klient/innen

Pflege

Eingliederungshilfe

Wir betreiben ein Angebot zur Unterstützung im Alltag nach § 45a Abs. 1 Satz 2 SGB XI

Wir beschäftigen insgesamt Klicken Sie hier, um die Anzahl einzugeben. Mitarbeiter/innen (Kopfzahl)

**II. Antrag**

Wir werden auf der Grundlage des Muster-Testkonzepts des Landes Rheinland-Pfalz vom 30.10.2020

1 x wöchentlich bei

Klicken Sie hier, um die Anzahl einzugeben. Bewohner/innen/ Patient/innen/ Betreuten/ Nutzer/innen/ Klient/innen

Klicken Sie hier, um die Anzahl einzugeben. Mitarbeiter/innen (hierzu zählen auch ehrenamtlich eingesetzte Mitarbeiter/innen)

PoC-Antigen-Tests durchführen.

Wir beantragen für unsere Einrichtung die Zustimmung zur Beschaffung von insgesamt Klicken Sie hier, um die Anzahl einzugeben. monatlich abrechenbaren PoC-Antigen-Tests [[1]](#footnote-1)

**III. Ergänzung zum Muster-Testkonzept des Landes Rheinland-Pfalz für Einrichtungen nach §§ 4 und 5 Satz 1 Nr. 6 LWTG**

**Zusätzliche** Bedarfsmeldung über die bereits oben genannten Angaben hinaus:

Wir planen, monatlich auch bei maximal

Klicken Sie hier, um die Anzahl einzugeben. Besucher/innen[[2]](#footnote-2)

PoC-Antigen-Tests durchzuführen.

Wir beantragen für unsere Einrichtung die Zustimmung zur Beschaffung von Klicken Sie hier, um die Anzahl einzugeben. monatlich abrechenbaren PoC-Antigen-Tests, um die vorgenannte Anzahl der Besucher/innen testen zu können.

**IV. Zusammenfassung (aus II und III)**

Gesamtsumme erforderlicher PoC-Antigen-Tests pro Einrichtung/ Dienst/ Angebot zur Unterstützung im Alltag nach § 45a Abs. 1 Satz 2 SGB XI/ Monat:

Klicken Sie hier, um die Anzahl einzugeben. PoC-Antigen-Tests

**V. Kenntnis des Personals in der Einrichtung:**

Personal ist in der Abnahme eines Abstrichs geschult  ja  nein

Personal ist in der Durchführung von PoC-Antigen-Tests geschult  ja  nein

**V. Informationspflicht an das für die Einrichtung zuständige Gesundheitsamt:**

Der Einrichtung/ dem Dienst/ dem Angebot zur Unterstützung im Alltag nach § 45a Abs. 1 Satz 2 SGB XI ist bekannt, dass ein positiver PoC-Antigen-Test dem Gesundheitsamt unverzüglich zu melden ist.

Ort, Datum Unterschrift des Trägers/ der Einrichtung/ des Dienstes

1. Erläuterung: Auf Grund § 5 Abs. 2 der Coronavirus-Testverordnung – Test-VO vom 15.10.2020 ist eine Testung von Bewohner/innen, Patient/innen/ Betreuten / Nutzer/innen oder Klient/innen sowie von Mitarbeiter/innen jeweils maximal 1 mal pro Woche möglich. Das bedeutet, dass für die beiden vorgenannten Gruppen pro Kalendermonat jeweils 4,3 PoC-Antigen-Tests beschafft werden können. Die tatsächlich beschaffte Zahl der Tests kann auch geringer sein. Die Bestätigung gilt fortlaufend für jeden Monat. Eine erneute Antragstellung ist nur bei Änderung der Angaben notwendig. [↑](#footnote-ref-1)
2. Als Besucher gelten dabei Personen, die nicht in der Einrichtung tätig sind, sondern aus sonstigen Gründen anwesend sind, z.B. als besuchende Angehörige. Auch Therapeut/innen, Ärzt/innen, rechtliche Betreuer/innen, Handwerker/innen oder Frisör/innen können als „Besuchspersonen“ getestet werden. [↑](#footnote-ref-2)