



Antrag

**Beauftragung zur Durchführung von PoC-Antigen-Tests (keine Selbsttests) gemäß § 6 Abs. 1 der Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus Testverordnung – TestV) vom 24. Juni 2021 (Veröffentlicht am Freitag, 25. Juni 2021 BAnz AT 25.06.2021 V1)**

Es wird die Beauftragung gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 2 Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (TestV) beantragt.

1. Angaben zum/r Antragsteller/in:

Firma/Name, Vorname:	
Rechtsform:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Telefon/Telefax:	
Vertretungsberechtigte Person/en:	
Art des Betriebes (z. B. ärztlich oder zahnärztlich geführte Einrichtungen, medizinisches Labor, Rettungs- oder Hilfsorganisation)	
Termin zur Ersteröffnung:	
geplante Öffnungszeiten:	
geplante Testkapazität (Angabe pro Stunde und pro Tag):	pro Stunde: _____ Testungen pro Tag: _____ Testungen



2. Ort(e) der Leistungserbringung (Orte müssen im Landkreis Harz liegen):

Straße, Hausnummer	PLZ	Ort

3. Die/der Antragsteller/in erklärt:

- a) Die ordnungsgemäße Durchführung der PoC-Antigen-Tests wird garantiert und durch geeignete Maßnahmen sichergestellt:  
Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Erbringung der Leistungen durch Einhaltung der infektionsschutzrechtlichen, medizinproduktrechtlichen und arbeitsschutzrechtlichen Anforderungen nach § 1 Absatz 1 Satz 2 TestVO.
- b) Zur Durchführung der Testungen wird nur berechtigtes Personal eingesetzt. Die TestV ist der/dem Antragsteller/in bekannt. Entsprechende Nachweise liegen der/dem Antragsteller/in vor und werden auf Verlangen dem Gesundheitsamt vorgelegt.
- c) Die Einhaltung der erforderlichen Arbeitsschutzmaßnahmen wird garantiert. Die Maßgaben der SARS-CoV-2-Arbeitsschutzverordnung sind der/dem Antragsteller/in bekannt.
- d) Der Träger des Testzentrums/Teststelle wird insbesondere gebeten aus Gründen der Einheitlichkeit die PassGO Anwendung zur Erfüllung seines Auftrags zu verwenden.

4. Anlagen

- Räumliche Konzeption (Raumskizze) der Teststation
- Hygienekonzept der Teststation

---

Datum    Stempel    Unterschrift Antragsteller/in