

## Teilnahmeerklärung Praxis

an der Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung von Testungen für den Nukleinsäurenachweis des beta-Coronavirus SARS-CoV-2 für Schulen in Hessen (**Testung von Lehrkräften**) und / oder der Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung von Testungen für den Nukleinsäurenachweis des beta-Coronavirus SARS-CoV-2 für Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflegestellen in Hessen (**Testung von Erziehern**)

Hiermit erkläre ich die Teilnahme an der **Testung von Lehrkräften**

und / oder

Hiermit erkläre ich die Teilnahme an der **Testung von Erziehern**

Bei Teilnahme von allen Mitgliedern der Betriebsstätte (auch allen angestellten Ärzten) geben Sie bitte einfach ihre BSNR und ggf. (N)BSNR an, mit der Sie teilnehmen möchten. Andernfalls geben Sie bitte jeden teilnehmen Arzt einzeln an.

Alle teilnehmen Ärzte werden in der Arztsuche auf [arztsuchehessen.de](http://arztsuchehessen.de) veröffentlicht.

Hiermit erkläre ich die Teilnahme der gesamten Praxis mit der (N)BSNR:

oder

Hiermit erkläre ich die Teilnahme der einzelnen folgenden Ärzte;

Name	Vorname
BSNR	LANR
Name	Vorname
BSNR	LANR
Name	Vorname
BSNR	LANR

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum