

## Beiblatt 1

zum Antrag auf Kostenerstattung für die Durchführung  
von PCR-Tests/Antigen-Tests von 24-Stunden-Betreuungskräften  
(falls Testungen für mehr als 3 Betreuungskräfte angefallen sind):

### 9. Getestete Betreuungskraft (4)

Anrede  Frau  Herr

Vorname \_\_\_\_\_

Familienname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Datum und Ort  
der Testung(en) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 9.1 Getestete Betreuungskraft (5)

Anrede  Frau  Herr

Vorname \_\_\_\_\_

Familienname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Datum und Ort  
der Testung(en) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_