

## Beiblatt 2

zum Antrag auf Kostenerstattung für die Durchführung  
von PCR-Tests/Antigen-Tests von 24-Stunden-Betreuungskräften  
(falls Testungen für mehr als 5 Betreuungskräfte angefallen sind):

### 9.2 Getestete Betreuungskraft (6)

Anrede  Frau  Herr

Vorname \_\_\_\_\_

Familienname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

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

### 9.3 Getestete Betreuungskraft (7)

Anrede  Frau  Herr

Vorname \_\_\_\_\_

Familienname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

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