

## Anlage

### **Bestätigung des Leistungsanspruchs für an Schulen tätige Personen und Mitarbeiter des Ministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur beziehungsweise der Schulbehörden zur Testung auf das Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2**

Hiermit wird der Leistungsanspruch nach dem Vertrag zur Einbindung der Vertragsärzte zur Testung für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 bei pädagogischem Personal in Schulen, geschlossen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern und dem Land Mecklenburg-Vorpommern, vertreten durch das Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur –

Kostenträger: **78801**

für folgende Person bestätigt:

---

Name, Vorname

---

Geb.-Datum

---

Beschäftigungsstelle

Datum, Stempel, Unterschrift  
der ausstellenden Schule oder  
sonstigen zur Ausstellung berechtigten Stelle

#### **Einverständnis zur Datenverarbeitung gegenüber der Ärztin/dem Arzt**

Mit Vorlage dieser Bestätigung bei der Ärztin/dem Arzt zum Zwecke der Inanspruchnahme der vertraglichen Leistungen, erklärt die zu testende Person zugleich ihr Einverständnis in die Verarbeitung der erforderlichen personenbezogenen Daten.

Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Der Widerruf hat keine Auswirkungen auf die bereits erbrachte Leistung sowie die aus der Leistungserbringung entstandenen Ansprüche.