

BTG-Formular - ab Quartal 4 2021 (1.10.2021) zu verwenden

COVID-19 Förderung für betriebliche Testungen: Antigen-Tests zur Eigenanwendung / PCR-Gurgeltests

Dieses Formular protokolliert Testungen auf SARS-CoV-2 mittels Antigen Tests zur Eigenanwendung oder PCR-Gurgeltests (Definition siehe Richtlinie COVID-19 Förderung für betriebliche Testungen; "BT-Richtlinie") und ist Voraussetzung, um die COVID-19 Förderung für betriebliche Testungen zu beantragen. Der Fördergeber ist berechtigt, Einsicht in diese Aufzeichnungen zu nehmen.

Was ist von wem auszufüllen? Bei Verwendung von...

1) PCR-Gurgeltests: Abschnitte 1, 2, 4 (Abschnitt 4 ist lediglich zu Beginn der Testungen einmalig pro Quartal auszufüllen.)

2) Antigentests zur Eigenanwendung: Abschnitte 1 - 3

Wenn Betriebe verschiedene Testverfahren anwenden: 1 BTG-Formular je Testverfahren (Antigen-Tests zur Eigenanwendung/PCR-Gurgeltests) verwenden.

ABSCHNITT 1 - UNTERNEHMENS DATEN

Name/Firma			
Anschrift			
PLZ und Ort			
Standort der Teststraße: (falls vom Unternehmenssitz abweichende Betriebsstätte)			
Name/Firma			
Anschrift			
PLZ und Ort			
Ansprechperson im Unternehmen			
Zeitraum der Testdurchführung (max 1 Woche)	Montag	2022 bis	Sonntag 2022

ABSCHNITT 2 - TÄGLICHE TESTUNG

Testdatum	Anzahl Testungen	Name der geeigneten Person des Betriebes	Unterschrift*

*Ich bestätige hiermit in meiner Eigenschaft als geeignete Person des Betriebes iSd BT-Richtlinie die ordnungsgemäße Durchführung von SARS-CoV-2 Tests mittels Antigen-Tests zur Eigenanwendung oder PCR-Gurgeltests am Sitz oder an der Betriebsstätte des Unternehmens. Ich bestätige, die Identität der Testpersonen überprüft zu haben. Es ist sichergestellt, dass die abgenommene Probe der getesteten Person eindeutig zuordenbar ist.

ABSCHNITT 3 - WÖCHENTLICHE BESTÄTIGUNG MEDIZINISCHE AUFSICHT

Ich bestätige hiermit, (Zahn-/Tier-)Arzt/Ärztin, Apotheker/in oder Verantwortliche/r einer Dienststelle einer Rettungsorganisation zu sein (**medizinische beaufsichtigende Stelle** iSd BT-Richtlinie). In meiner Verantwortung bestätige ich, dass das in Abschnitt 1 genannte Unternehmen im in Abschnitt 1 beschriebenen Testzeitraum (max. 1 Woche) die nachstehende Gesamtanzahl an Testungen ordnungsgemäß nach den Vorgaben der BT-Richtlinie durchgeführt hat. Insbesondere wurden die Testungen sohin am Sitz/an der Betriebsstätte des Unternehmens und an den getesteten Personen unentgeltlich vorgenommen. Es wurden nur gemäß der BT-Richtlinie förderfähige Tests unter Einhaltung der jeweils gemäß der BT-Richtlinie zulässigen Abstrichform verwendet.

Bezeichnung von Hersteller und Produkt des verwendeten Antigentests zur Eigenanwendung:

Anzahl Gesamtsumme	Ort und Datum	Name in Blockbuchstaben, Unterschrift und Stempel

ABSCHNITT 4 - EINMALIGE BESTÄTIGUNG MEDIZINISCHE AUFSICHT (NUR BEI PCR-GURGELTESTS)

Ich bestätige hiermit, (Zahn-/Tier-)Arzt/Ärztin, Apotheker/in oder Verantwortliche/r einer Dienststelle einer Rettungsorganisation (**medizinische beaufsichtigende Stelle** iSd BT-Richtlinie) zu sein. In meiner Verantwortung bestätige ich, dass ich den ordnungsgemäßen Aufbau und Ablauf der Testinfrastruktur geprüft und die geeignete Person des Betriebes in der Überwachung der Testungen eingewiesen habe.

Ort und Datum	Name in Blockbuchstaben, Unterschrift und Stempel der medizinischen beaufsichtigenden Stelle