



## Selbstauskunft

Bitte nehmen Sie sich die Zeit, diese Selbstauskunft vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen.

### Hiermit bestätige ich,

Name:

Geburtsdatum:

Vorname:

**am heutigen Tag den**

### die Berechtigung auf einen **KOSTENLOSEN Corona Schnelltest aus folgendem Grund zu haben:**

gem. gesetzlicher Vorgaben

ich bin Besucher\*in, Patient\*in oder Bewohner\*in in einer stationären bzw. ambulanten Pflege und Krankeneinrichtungen am heutigen Tag

ich bin unter 5 Jahren / Erziehungsberechtigte\*r eines Kindes unter 5 Jahren

ich kann aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden (z.B. Schwangere in ersten 3 Monaten)

ich befinde mich in Quarantäne und zur Beendigung ist ein Test erforderlich

ich wohne mit einer nachweislich infizierten Person im selben Haushalt

ich pflege eine\*n Angehörige\*n

ich bin Bezieher\*in eines „Persönlichen Budgets“ nach (§ 29 SGB IX), oder deren Beschäftigte\*r

### die Berechtigung auf einen Corona Schnelltest **MIT 3,00 EURO ZUZAHLUNG zu haben:**

gem. gesetzlicher Vorgaben

ich bin am heutigen Tag Besucher\*in einer Veranstaltung im Innenraum

ich habe am heutigen Tag Kontakt zu einer Person über 60 Jahren, oder mit einer Vorerkrankung oder einer Behinderung

ich habe eine rote Warnung in der Warnapp des RKI mit der Statusanzeige „erhöhtes Risiko“

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die o.g. Angaben wahrheitsgemäß sind.

Wartenberg, \_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

(ggf. gesetzlicher Vertreter /  
Erziehungsberechtigten)