



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 befinde mich in Quarantäne und zur Beendigung ist ein Test erforderlich

ich pflege eine*n Angehörige*n

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

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

Wartenberg, _____

Datum

Unterschrift
(ggf. gesetzlicher Vertreter /
Erziehungsberechtigten)