

Name	
Adresse	
Datum / Uhrzeit	

Selbstauskunft

Hiermit erkläre ich, aus folgenden Gründen einen *Anspruch auf einen **kostenlosen** Bürgertest zu haben (bitte ankreuzen):*

- Kind unter 5 Jahren
- kann nicht geimpft werden (Schwanger (1. Drittel) oder medizinischer Grund)
- Teilnehmer:in an klin. Studie zur Wirksamkeit von Impfstoffen gegen das Coronavirus
- Test zur Beendigung der Quarantäne erforderlich (Freitesten)
- Besucher / Behandelte / Bewohner in stationären bzw. ambulanten Pflege- und Krankeneinrichtungen
- Personen mit Behinderung und deren Betreuer/Begleiter
- pflegende Angehörige
- Haushaltsangehörige nachweislich Infizierter

*Anspruch auf einen Bürgertest mit einer **Eigenbeteiligung von 3€** zu haben (bitte ankreuzen):*

- Heutiger Besuch einer Veranstaltung im Innenraum
- Heutiger Kontakt zu vulnerablen Person (Ü60, Vorerkrankung, Behinderung, etc.)
- Warnung (rote Meldung) in RKI-Corona-Warn-App

Datum / Unterschrift

Hiermit bestätige ich die korrekte Durchführung des PoC-Antigen-Schnelltests zum Nachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 durch einen Mitarbeiter des Testzentrums am heutigen Tag.

Datum / Unterschrift