

Name	
Adresse	
Datum / Uhrzeit	

Selbstauskunft

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

- Personen, die in vulnerablen Einrichtungen behandelt, betreut, gepflegt oder untergebracht werden und deren Besuchende (Besuch von Arztpraxen sind hiervon ausgeschlossen!)
- Leistungsberechtigte, die im Rahmen eines Persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX Personen beschäftigen, sowie Personen, die bei Leistungsberechtigten im Rahmen eines Persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX beschäftigt sind,
- Personen mit Behinderung und deren Betreuer/Begleiter, pflegende Angehörige Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des SGB XI und
- Nur med. Personal**, Personen, die sich zum Zeitpunkt der Testung aufgrund einer nachgewiesenen Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 in Absonderung befinden, wenn die Testung zur Beendigung der Absonderung erforderlich ist.

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