



### 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.

Schlitz,

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
(ggf. gesetzlicher Vertreter /  
Erziehungsberechtigten)