

Selbstauskunft

Bitte zutreffendes ankreuzen.



Testzentrum Niedersprockhövel

Name des Probanden: _____

- Ich bestätige, dass ich gemäß der dritten Verordnung zur Änderung der Coronavirus-Testverordnung vom 29.06.2022 Anspruch auf einen kostenlosen Bürgertest habe und zu einer der unten aufgeführten Personengruppen gehöre. (Bitte ankreuzen)
- Kinder unter 5 Jahren, also bis zu ihrem fünften Geburtstag
 - Personen, die sich aus medizinischen Gründen nicht impfen lassen können, unter anderem Schwangere im ersten Trimester
 - Personen, die zum Zeitpunkt der Testung an klinischen Studien zur Wirksamkeit von Impfstoffen gegen das Coronavirus teilnehmen
 - Personen, bei denen ein Test zur Beendigung der Quarantäne erforderlich ist („Freitesten“)
 - Besucher und Behandelte oder Bewohner in unter anderem folgenden Einrichtungen:
 - Krankenhäuser
 - Rehabilitationseinrichtungen
 - stationäre Pflegeeinrichtungen
 - Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen
 - Einrichtungen für ambulante Operationen
 - Dialysezentren
 - ambulante Pflege
 - ambulante Dienste oder stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe
 - Tageskliniken
 - Entbindungseinrichtungen
 - ambulante Hospizdienste und Palliativversorgung
 - Leistungsberechtigte, die im Rahmen eines Persönlichen Budgets nach dem § 29 SGB IX Personen beschäftigen, sowie Personen, die bei Leistungsberechtigten im Rahmen eines Persönlichen Budgets beschäftigt sind
 - Pflegende Angehörige
 - Haushaltsangehörige von nachweislich Infizierten per Bürgertest
- Ich werde heute eine Veranstaltung in einem Innenraum besuchen.
(Eigenbeteiligung i. H. v. 3,00 Euro, siehe § 4a Abs. 2 TestV)
- Ich werde heute zu einer Person Kontakt haben, die das 60. Lebensjahr vollendet hat.
(Eigenbeteiligung i. H. v. 3,00 Euro, siehe § 4a Abs. 2 TestV)
- Ich werde heute zu einer Person Kontakt haben, die aufgrund einer Vorerkrankung oder Behinderung ein hohes Risiko aufweist, schwer an COVID-19 zu erkranken.
(Eigenbeteiligung i. H. v. 3,00 Euro, siehe § 4a Abs. 2 TestV)
- Ich habe durch die Corona-Warn-App des Robert Koch-Instituts eine Warnung mit der Statusanzeige erhöhtes Risiko erhalten und diese Warnung vor der Testung in der Teststelle vorgezeigt.
(Eigenbeteiligung i. H. v. 3,00 Euro, siehe § 4a Abs. 2 TestV)
- Ich bestätige, dass ich gemäß der dritten Verordnung zur Änderung der Coronavirus-Testverordnung vom 29.06.2022 keinen Anspruch auf die oben genannten Punkte habe und die Kosten für den Test selbst trage. (Testkosten betragen 10,00 €)

Ort, Datum

Unterschrift