

Selbstauskunft

Bitte Zutreffendes ankreuzen.



Vor- / Nachname der Testperson: _____

Ich bestätige, dass ich gemäß der Fünften Verordnung zur Änderung der Coronavirus-Testverordnung vom 24.11.2022 Anspruch auf einen kostenlosen Bürgertest habe und zu einer der unten aufgeführten Personengruppen gehöre.

Bewohner/Betreute/Besucher/Patienten in Gemeinschaftseinrichtungen / Unterkünften wie

<input type="checkbox"/> Krankenhäuser, Tageskliniken, ärztliche Praxen	<input type="checkbox"/> ... zur stationären / ambulanten Pflege, ... für REHA-Maßnahmen	<input type="checkbox"/> ... für Menschen mit Behinderungen / der Eingliederungshilfe
<input type="checkbox"/> ... zur Entbindung, ... für Hospizdienste / Pallativversorgung; Dialysezentren	<input type="checkbox"/> ... für Minderjährige in: KITAS, Schulen, Ausbildungseinrichtungen, Heimen, Ferienlager	<input type="checkbox"/> ... für Personen in Unterkünften für Obdachlose, Asylanten, Flüchtlinge, Gefangene
<input type="checkbox"/> mit <u>nachweislicher</u> Feststellung / Anordnung / Bescheid durch einen öffentlichen Gesundheitsdienst / behandelnden Arzt / Einrichtung / Unternehmen		

Eingliederungshilfe: Leistungsberechtigte, die im Rahmen eines Persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX Personen beschäftigen (mit Behindertenausweis), sowie Personen, die bei Leistungsberechtigten im Rahmen eines Persönlichen Budgets beschäftigt sind

Pflegende Angehörige von pflegebedürftigen Personen (mit Pflegegrad) nach SGB XI

Ich bestätige, dass ich gemäß der Fünften Verordnung zur Änderung der Coronavirus-Testverordnung vom 24.11.2022 keinen Anspruch auf einen kostenlosen Test habe und deshalb die Kosten für den Test i. H. v. 10,00 Euro selbst trage. Dazu zählt u. a.

<input type="checkbox"/> bei positivem Selbsttest <u>ohne Inanspruchnahme eines kostenfreien PCR-Tests in einem PCR-Testzentrum</u>	<input type="checkbox"/> Testung als individuelle Vorsorgemaßnahme	<input type="checkbox"/> Testung vor dem Hintergrund einer Tätigkeit in einer der o. g. Einrichtungen / Unterkünften
<input type="checkbox"/> Sonstiges		

Ort, Datum, Unterschrift der Testperson _____