

# Selbstauskunft

Verbleibt beim ASB

Bitte nehmen Sie sich die Zeit, diese Selbstauskunft vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen.

**Hiermit bestätige ich,**

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**am heutigen Tag den** \_\_\_\_\_

**die Berechtigung auf einen kostenlosen Corona Schnelltest aus folgendem Grund zu haben:**

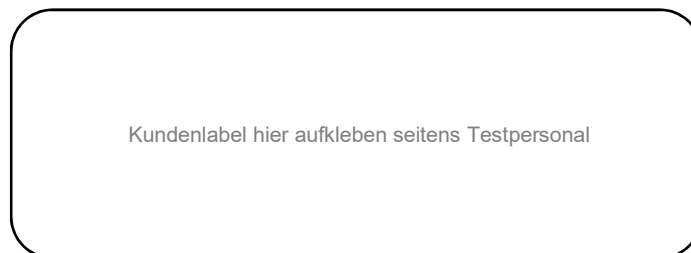
gem. gesetzlicher Vorgaben

- ich bin Besucher\*in, Patient\*in oder Bewohner\*in in einer stationären bzw. ambulanten Pflege- und Krankeneinrichtungen am heutigen Tag
- mein Kind ist unter 5 Jahren (Unterschrift Erziehungsberechtigter)
- ich kann aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden (z.B. Schwangere in ersten 3 Monaten)
- ich befinde mich in Quarantäne und zur Beendigung ist ein Test erforderlich
- ich wohne mit einer nachweislich infizierten Person im selben Haushalt
- ich pflege eine\*n Angehörige\*n
- ich bin Bezieher\*in eines „Persönlichen Budgets“ nach (§ 29 SGB IX), oder deren Beschäftigte\*r

**die Berechtigung auf einen Corona Schnelltest mit 3,00 Euro Zuzahlung zu haben:**

gem. gesetzlicher Vorgaben

- ich bin am heutigen Tag Besucher\*in einer Veranstaltung im Innenraum
- ich habe am heutigen Tag Kontakt zu einer Person über 60 Jahren, oder mit einer Vorerkrankung oder einer Behinderung
- ich habe eine rote Warnung in der Warnapp des RKI mit der Statusanzeige „erhöhtes Risiko“



Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die o.g. Angaben wahrheitsgemäß sind.

Ort

Datum

Unterschrift