

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**, innerhalb der nächsten 24 Stunden, in einer der folgenden Einrichtung: Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung, stationäre Pflegeeinrichtung, Einrichtung für Menschen mit Behinderungen, Einrichtung für ambulante Operationen, Dialysezentrum, ambulante Pflege, ambulante Dienste oder stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe, Tagesklinik oder Entbindungseinrichtung
- ich pflege eine*n Angehörige*n im Sinne des § 19 Satz 1 SGB XI
- ich bin Bezieher*in eines „Persönlichen Budgets“ nach (§ 29 SGB IX), oder deren Beschäftigte*r

die Berechtigung auf einen kostenlosen PCR-Test aus folgendem Grund zu haben:

gem. gesetzlicher Vorgaben

- mein Antigen-Schnelltest ist positiv (Vorlage Schnelltest-Zertifikat, nicht älter als 24 Stunden)
- mein Selbsttest zur Eigenanwendung ist positiv (Vorlage Testkassette, nicht älter als 24 Stunden)
- ich habe einen Überweisungsschein / eine Bescheinigung einer Arztpraxis, Klinik, Reha- oder Kureinrichtung (Überweisungsschein / Bescheinigung bitte vorzeigen)

Kundenlabel hier aufkleben seitens Testpersonal

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

Ort

Datum

Unterschrift