



# Selbstauskunft

Hiermit bestätige ich mit meiner vorderseitigen Unterschrift, dass ich folgendem Personenkreis angehöre und eine kostenfreie Testung nach §4a TestV (Bürgertest) in Anspruch nehmen darf.

## Ich gehöre zu folgendem Personenkreis:

### Kostenfreie Testung:

- Klinikpersonal, Pflegekräfte die wegen einer Corona-Infektion in **Quarantäne** sind und zur Beendigung der Isolation einen negativen Test benötigen (nur medizinisches Personal!)
- Personen, die in **ein Krankenhaus** eingewiesen werden, oder eine Person im Krankenhaus besuchen möchten
- Personen, die in **einem Pflegeheim** leben, oder eine solche Person besuchen möchten
- Leistungsberechtigte eines „**Persönlichen Budgets**“ nach §29 des Neunten Sozialgesetzbuch“
- Pflegende Personen** im Sinne des § 19 Satz 1 SGB XI (Angehörige im privaten Umfeld - nicht beruflich)

Sofern Sie zu einem der oben genannten Personenkreise gehören, benötigen wir **zwingend** die Vorlage eines schriftlichen Nachweises wie z.B.:

- Bescheinigung über einen Krankenhaus-/Pflegeheim-Besuch oder ein geeigneter Nachweis zur Einweisung in eine solche Einrichtung
- Pflegegrad-Einstufung eines Angehörigen
- Nachweis über den Leistungsbezug nach § 29 SGB IX
- Nachweis über eine medizinische Tätigkeit, sowie ein positives Testergebnis

Sofern Sie sich unsicher sind, welcher Nachweis zu einer Testung berechtigt, helfen wir Ihnen gerne weiter.

**Ich bestätige rechtsverbindlich, dass Nachweise vorgelegt wurden, bzw. der Testanlass glaubhaft begründet wurde.**