

## SELBSTAUSKUNFT



**(1) Personen, die sich zum Zeitpunkt der Testung aufgrund nachgewiesener Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 in Absonderung befinden, wenn die Testung zur Beendigung der Absonderung erforderlich ist („Freitesten“) - PCR Befund nicht älter als **14 Tage** -**

Nachweis vom Gesundheitsamt oder  PCR-Befund vorgelegt

**(2) Personen nach § 4 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 und 4 (zu behandelnde/ pflegende Personen in Krankenhäusern und Pflege- bzw. Eingliederungshilfeinrichtungen und deren Besucher)**

Name u. Adresse der Einrichtung

Name der zu besuchenden Person

**(3) Pflegepersonen** im Sinne des § 19 Satz 1 des XI SGB

Name u. Adresse der zu pflegenden Person

**(4) Leistungsberechtigte, mit einem persönlichen Budget** nach § 29 IX SGB (Rehabilitation und Teilhabe vom Menschen mit Behinderungen)

**BITTE VOLLSTÄNDIG, DEUTLICH UND IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel. (Festnetz/Mobil) \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ 

 **HIER UNTERSCHREIBEN**

(Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und dass ich diese nachweisbar glaubhaft gemacht habe)