

## SELBSTAUSKUNFT

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

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

\_\_\_\_\_  
Name u. Adresse der Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Grund des Besuchs/ Name der zu besuchenden Person

**Pflegepersonen** im Sinne des § 19 Satz 1 des XI SGB

\_\_\_\_\_  
Name u. Adresse der zu pflegenden Person

**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: \_\_\_\_\_  
Straße, PLZ, Ort

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)