

Buchungsnummer: _____
 Wird vom Servicepersonal eingetragen

Selbsterklärung gemäß Corona Testverordnung

Vorname	
Nachname	
Adresse:	
Geburtsdatum	
E-Mail Adresse	
Telefonnummer	

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich zu einen der folgenden Personengruppen, gemäß §4a Corona Testverordnung gehöre (*bitte ankreuzen*):

- Personen, die zum Zeitpunkt der Testung das fünfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- Personen, die aufgrund einer medizinischen Kontraindikation, insbesondere einer Schwangerschaft im ersten Schwangerschaftsdrittel, zum Zeitpunkt der Testung nicht gegen das Coronavirus geimpft werden können oder in den letzten drei Monaten vor der Testung aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen das Coronavirus geimpft werden konnten,
- Personen, die zum Zeitpunkt der Testung an klinischen Studien zur Wirksamkeit von Impfstoffen gegen das Coronavirus teilnehmen oder in den letzten drei Monaten vor der Testung an solchen Studien teilgenommen haben,
- Personen, die sich zum Zeitpunkt der Testung aufgrund einer nachgewiesenen Infektion mit dem Coronavirus in Absonderung befinden, wenn die Testung zur Beendigung der Absonderung erforderlich ist,
- Personen in oder von Einrichtungen oder ambulanten Diensten der Eingliederungshilfe gegenwärtig behandelt, betreut, gepflegt werden oder untergebracht sind oder wenn sie eine in einer stationären Einrichtung behandelte, betreute, gepflegte oder untergebrachte Person besuchen wollen (§4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4),
- Leistungsberechtigte, die im Rahmen des Persönlichen Budgets nach §29 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch Personen beschäftigen, sowie Personen, die bei Leistungsberechtigten beschäftigt sind (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen),
- Pflegepersonen im Sinne des §19 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch,
- Personen, die mit einer mit dem Coronavirus infizierten Person in demselben Haushalt leben,

oder:

- Personen, die an dem Tag, an dem die Testung erfolgt,
 - Eine Veranstaltung in einem Innenraum besuchen werden oder
 - Zu einer Person Kontakt haben werden, die
 - Das 60. Lebensjahr vollendet hat oder
 - Aufgrund einer Vorerkrankung oder Behinderung ein hohes Risiko aufweist, schwer an COVID-19 zu erkranken,
- Personen, die durch die Corona-Warn-App eine Warnung mit der Statusanzeige „erhöhtes Risiko“ erhalten haben.

Im Falle der letzten beiden Personengruppen ist der Schnelltest „Zuzahler“ in der Buchungsmaske zu wählen und eine Eigenbeteiligung von 3,- EUR zu leisten.

Hiermit bestätige ich o.a. Informationen, sowie ggf. eine Eigenbeteiligung in Höhe von 3,- EUR geleistet zu haben.	
_____ X Ort, Datum Unterschrift Kunde	_____ X Ort, Datum Unterschrift Check19