



## Selbstauskunft – Anspruch auf einen kostenlosen Bürgertest

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

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

Ich bestätige, dass ich Anspruch auf einen kostenlosen Bürgertest / PCR-Test habe und zwar aus folgendem Grund:

- Ich darf mich nicht gegen den Corona-Virus impfen lassen
- Ich bin schwanger im ersten Drittel
- Ich lebe in einem Haushalt mit einer Infizierten Person
- Ich pflege oder betreue eine infizierte Person
- Ich betreue eine behinderte Person
- Ich habe einen Behinderungsgrad
- Ich bin ein Kind unter 5 Jahren
- Ich bin Bewohner oder Besucher von Pflegeheimen, Kliniken oder Einrichtungen für Menschen mit Behinderung
- Ich benötige einen negativen Test nach einer überstandenen Corona-Infektion
- Ich habe ein positiven Antigen-Test oder Liantest und benötige einen PCR-Test

Ich bestätige und versichere, dass ich diese Angaben wahrheitsgemäß angegeben habe.

---

Ort, Datum

Unterschrift des Kunden