

Bestätigung zur Vorlage bei der Teststelle

Selbstauskunft – Besucher, Behandelte und Bewohner von medizinischen Einrichtungen

kostenloser Bürgertest

Hiermit bestätige ich, dass

(Nachname/n)

(Vorname/n)

____.____._____
geboren am (tt,mm,jjjj)

ich taggleich in eines der folgenden medizinischen Einrichtungen

- Krankenhäuser
- stationäre Pflegeeinrichtungen
- ambulante Pflege
- Rehabilitationseinrichtungen
- Dialysezentren
- Tageskliniken
- Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen
- Einrichtungen für ambulante Operationen
- ambulante Dienste oder stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe
- Entbindungseinrichtungen

gehe. Diese Selbstauskunft gilt taggleich auch für folgende weitere Personen:

(Nachname/n)

(Vorname/n)

____.____._____
geboren am (tt,mm,jjjj)

(Nachname/n)

(Vorname/n)

____.____._____
geboren am (tt,mm,jjjj)

Hiermit erkläre ich ausdrücklich, dass die Angaben dieser Selbstauskunft als anspruchsberechtigte Person(en) gemäß TestV wahrheitsgemäß sind.

Bovenden, _____
Datum

Ihre Unterschrift oder erziehungsberechtigte Person

