

Selbstauskunft Durchführung Antigen-Schnelltest

Hiermit bestätige ich, dass ich

(Vorname)

(Name)

heute (am Tag der Testung) Kontakt zu einer oder mehreren Personen haben werden, die ein hohes Risiko haben, schwer an Covid-19 zu erkranken (Menschen ab 60 Jahren, Menschen mit Behinderung, Menschen mit Vorerkrankungen).

Mir ist bekannt, dass ich für den Test eine Eigenbeteiligung von **3,00 Euro** zu zahlen habe.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)