

## Selbstauskunft Patienten/in-Besucher:in

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Wohnort	
Telefonnummer	
Temperaturkontrolle	

Hiermit bestätige ich, dass ich

- über einen tagesaktuellen Nachweis über einen negativen SARS-CoV-2 Antigen Test verfüge (Testergebnis bitte vorlegen, maximal 24 Stunden alt).
- über einen vollständigen COVID-19-Impfschutz verfüge (Bitte Impfausweis, ggf. Befund vorlegen.)
- innerhalb der letzten 6 Monate von einer COVID-19-Infektion genesen bin. (Bitte Befund vorlegen)
- keine Krankheitssymptome habe, die auf eine Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus hinweisen (Erkältungssymptome, Husten, Fieber, Durchfall)
- keiner amtlich erlassenen Quarantänemaßnahme unterliege
- keine aktuelle Infektion mit dem SARS-CoV-2 Virus habe

---

Datum, Unterschrift