



# MUSTER-FORMULAR

## EIGENAUSKUNFT

### „BÜRGERTEST“ FÜR 3 EURO

Patient/in  
Name, Vorname

**Hiermit bestätige ich, dass ich**

- am heutigen Tag eine Veranstaltung in Innenräumen besuchen werde
- am heutigen Tag Kontakt zu einer Person haben werde, die ein hohes Risiko hat, schwer an Covid-19 zu erkranken (Menschen ab 60 Jahren und/oder mit Vorerkrankungen)
- in meiner Corona-Warn-App einen Hinweis auf ein erhöhtes Risiko erhalten habe („rote Kachel“)
- (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Die Testung auf das Coronavirus wird unter Eigenbeteiligung in Höhe von drei Euro durchgeführt.

Ort, Datum

Unterschrift

Name  
Praxis

Praxisstempel