

Fragebogen zur Selbsteinschätzung - SARS-CoV-2 Test

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Email: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Der Test darf nur durchgeführt werden, wenn Sie folgende zwei Fragen mit NEIN beantworten können.

1. Haben Sie derzeit grippeähnliche Symptome: wie Fieber, Atemnot ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
2. Leiden Sie unter akutem Geschmacksverlust ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

- Ich habe nach §4a Corona-TestV Anspruch auf einen **kostenlosen** Bürgertest. Den entsprechenden Nachweis habe ich der Teststation vorgelegt.
- Ich habe nach §4a Corona-TestV Anspruch auf einen **reduzierten Testbeitrag von 3 €**. Den entsprechenden Nachweis habe ich der Teststation vorgelegt.
- Ich möchte einen Test außerhalb der beiden Kategorien zum **Testbeitrag von 10 €** durchführen.

Kiel, den : Uhr
Ort Datum Uhrzeit Unterschrift