

## Qualifizierte Selbstauskunft über das Vorliegen eines negativen PoC-Antigen-Selbsttest zum Nachweis des SARS-CoV-2 Virus

für Schülerinnen und Schüler und Personal

- zur Abgabe in der Schule -

Folgende Person hat sich mit einem vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zugelassenen Test selbst getestet bzw. testen lassen und sich dabei an die dem Produkt beigefügte Gebrauchsanweisung/Videoanleitung gehalten:

## Angaben zum verwendeten Coronavirus Antigen-Selbsttest

Produktname des Tests:		
Herstellername:		
Angaben zur getesteten Person		
Name:		
Geburtsdatum:		
ggf. Klasse/Kurs:		
Testdatum/Uhrzeit:		
_		
☐ Das Testergebnis war "negativ".		
Ich versichere, dass diese Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass ich ordnungswidrig handle, wenn ich fahrlässig oder vorsätzlich eine unrichtige		
Selbstauskunft erteile oder ein unrichtiges Testergebnis bestätige.		
Datum und Unterschrift der getesteten Person		

Bei Minderjährigen: Datum, Name und Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten

Rheinland Dfalz

## Qualifizierte Selbstauskunft über das Vorliegen eines negativen PoC-Antigen-Selbsttest zum Nachweis des SARS-CoV-2 Virus

für Schülerinnen und Schüler und Personal

- zur Abgabe in der Schule -

Folgende Person hat sich mit einem vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zugelassenen Test selbst getestet bzw. testen lassen und sich dabei an die dem Produkt beigefügte Gebrauchsanweisung/Videoanleitung gehalten:

Produkt beigefügte Gebrauchsanweisung/Videoanleitung gehalten:		
Angaben zum verwendeten Coronavirus Antigen-Selbsttest		
Produktname des Tests:		
Herstellername:		
Angaben zur getesteten Person		
Name:		
Geburtsdatum:		
ggf. Klasse/Kurs:		
Testdatum/Uhrzeit:		
☐ Das Testergebnis war "negativ".		
Ich versichere, dass diese Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass ich ordnungswidrig handle, wenn ich fahrlässig oder vorsätzlich eine unrichtige		
Selbstauskunft erteile oder ein unrichtiges Testergebnis bestätige.		

Datum und Unterschrift der getesteten Person Bei Minderjährigen: Datum, Name und Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten