

**Die Abgabe dieses Formulars erfolgt nur, wenn keine kostenlosen Teststationen mehr zur Verfügung stehen.**

**Qualifizierte Selbstauskunft über das Vorliegen eines negativen PoC-Antigentest zum Nachweis des SARS-CoV-2 Virus**

**- zur Abgabe beim Kreissportverband Schleswig-Flensburg e.V. –**

Diese Bestätigung ist bei minderjährigen Teilnehmern durch eine sorgeberechtigte Person abzugeben. Ist die zu erklärende Person volljährig, kann die Erklärung auch von ihr/von ihm selbst abgegeben werden.

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 gehalten:

\_\_\_\_\_  
Name des Teilnehmers

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

**Angaben zum verwendeten Coronavirus Antigen-Selbsttest**

\_\_\_\_\_  
Produktname des Tests

\_\_\_\_\_  
Herstellername

\_\_\_\_\_  
Testdatum/ungefähre Uhrzeit

**Das Testergebnis war "negativ".**

\_\_\_\_\_  
ggf. Name und Anschrift der das Testergebnis und die Ausführung nach Gebrauchsanweisung bestätigenden sorgeberechtigten Person

Ich versichere, dass diese Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind. Es ist mir bekannt, dass ordnungswidrig handelt, wer fahrlässig oder vorsätzlich eine unrichtige Selbstauskunft erteilt oder ein unrichtiges Testergebnis bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift