Ministerium für
Soziales, Gesundheit,
Frauen und Familie

SAARLAND

Qualifizierte Selbstauskunft über das Vorliegen eines negativen PoC-Antigentest zum Nachweis des SARS-CoV-2 Virus - zur Abgabe in der Schule / Einrichtung -

Diese Bestätigung ist bei minderjährigen Schülerinnen und Schülern 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 der Schülerin/des Schülers / des Kindes

_____
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.

_____
Ort, Datum Unterschrift

Franz-Josef-Röder-Straße 23 · 66119 Saarbrücken
www.soziales.saarland.de · www.facebook.com/MSGFF.Saarland

Gesundes Saarland

Ministerium für
Soziales, Gesundheit,
Frauen und Familie

SAARLAND

Qualifizierte Selbstauskunft über das Vorliegen eines negativen PoC-Antigentest zum Nachweis des SARS-CoV-2 Virus - zur Abgabe in der Schule / Einrichtung -

Diese Bestätigung ist bei minderjährigen Schülerinnen und Schülern 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 der Schülerin/des Schülers / des Kindes

_____
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.

_____
Ort, Datum Unterschrift

Franz-Josef-Röder-Straße 23 · 66119 Saarbrücken
www.soziales.saarland.de · www.facebook.com/MSGFF.Saarland

Gesundes Saarland