|  |  |
| --- | --- |
| **Selbstauskunft** vor einer DVag | |
| **hier:** | **Neuartiges Coronavirus (SARS-CoV-2)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **DG, Name, Vorname** |  |
| **Anschrift** |  |
| **Zuständiges LKdo** |  |
|  | |
| **Mit der Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme des „Informationsblatts zur Selbstauskunft vor einer DVag“ und die wahrheitsgemäße Selbstauskunft.** | |
| **Ich wünsche eine truppenärztliche Beratung**   * **Ja** * **Nein**   x | |

Ort, Datum Unterschrift