

**GESUNDHEITSZEUGNIS  
HEALTH CERTIFICATE  
CERTIFICAT MÉDICAL  
CERTIFICADO DE SALUD**

Name/Name/Nom/Apellido \_\_\_\_\_

Reisepass-Nr./Passport No./Passeport No/Pasaporte No. \_\_\_\_\_

Hiermit wird bestätigt, dass o.g. Person HIV -negativ ist.

English: This is to certify that the person above is anti-HIV -negative.

Français: Par la présente, nous attestons que le personne nommé ci-dessus présente un test de dépistage VIH (AIDS/HIV) négatif.

Español: Con este documento confirmo que análisis de SIDA (HIV/AIDS) de la arriba mencionada persona contesta negativo.

Stempel/Stamp/cachet/Cuño

\_\_\_\_\_  
Ort/Place/Fait à /Lugar Datum/Date/Le/Fecha

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Signature/Signature/Firma