

Ärztliche Bescheinigung

Vorname, Name

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer, PLZ Ort

Hiermit wird bestätigt, dass die oben genannte Person auf das **Vorhandensein von SARS-CoV-2** getestet wurde.

Name des Tests	Hersteller	Ergebnis
Antigentest _____	_____	<input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv
	Datum _____	Uhrzeit _____

Stempel

Ort, Datum

Unterschrift