

Ärztliche Bescheinigung

Vorname, Name

Geburtsdatum Geburtsort

Straße, Hausnummer, PLZ Ort

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

Name des Tests

Hersteller

IgM positiv negativ

IgA positiv negativ

IgG positiv negativ

Stempel

Ort, Datum

Unterschrift