

Ärztliche Bescheinigung - SARS-CoV-2 Testergebnis

Hierdurch wird bescheinigt, daß:

Name:
Aktuelle Anschrift:
Land des Wohnsitzes:

Wurde auf das Vorliegen von
SARS-CoV-2 getestet am:

Datum:
Zeitpunkt:

Statusbericht über
Infektion am Testdatum:

Berichtsdatum:		
Testergebnis:	Neg:	Pos:

Datum:	Unterschrift + Siegel des bescheinigenden Arztes:
--------	---

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------