

## Ärztliches Zeugnis

Es wird bescheinigt, dass

Name \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

negativ auf SARS-CoV-2 am \_\_\_\_\_ (Datum der Probennahme)

um \_\_\_\_\_ (Uhrzeit der Probennahme) getestet wurde:

molekularbiologisch auf das Vorliegen von SARS-CoV-2 (Test durchgeführt

im Labor: \_\_\_\_\_) oder

mittels eines Antigen-Test auf SARS-CoV-2; oder

von einer aktuell abgelaufenen Infektion auf SARS-CoV-2 seit \_\_\_\_\_

genesen ist; oder

mit dem Impfstoff \_\_\_\_\_

an folgenden Daten geimpft wurde:

Erstimpfung am: \_\_\_\_\_

Zweitimpfung am: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

Ort, Datum sowie Unterschrift und Stampiglie des bescheinigenden Arztes