**Bescheinigung über das Vorliegen eines negativen PoC-Antigen-Schnelltests zum Nachweis des SARS-CoV-2-Virus**

**Getestete Person**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname |  |
| Anschrift *(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)* |  |
| Geburtsdatum |  |
| Telefonnummer |  |

**Angaben zum PoC-Antigen-Schnelltest**

|  |  |
| --- | --- |
| Name des Tests |  |
| Hersteller |  |
| Testdatum und -uhrzeit |  |
| Test durchgeführt von*(Name, Vorname; testende Stelle*) |  |

**Hiermit wird bestätigt, dass o.g. Person in meiner Praxis auf das Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 getestet wurde. Das Testergebnis war negativ.**

………………………………….. ………………………………………………………

*Ort, Datum Unterschrift und Praxisstempel*