

Nachweis: Corona-Testungen Besucher

Füllen Sie bitte das Dokument in Druckbuchstaben aus und bringen Sie dieses jeweils zu Ihren Besuchen mit.

Name: _____

Vorname: _____

Besuch von: _____

Geb. Datum: _____

Adresse:

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.: _____

Der Abstrich und die Auswertung dauern bis zu 30 min. Sollte das Ergebnis Ihres Tests positiv ausfallen, sind wir verpflichtet das Gesundheitsamt zu informieren und können Sie nicht zum Besuch einlassen.

Datum: Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>	Datum: Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>	Datum: Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>	Datum: Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>
Datum: Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>	Datum: Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>	Datum: Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>	Datum: Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>
Datum: Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>	Datum: Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>	Datum: Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>	Datum: Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>
Datum: Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>	Datum: Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>	Datum: Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>	Datum: Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift Besucher