

Testperson:

Name: _____ Geb: _____

Bei der o. g. Person wurde an der unten genannten Einrichtung unter Beaufsichtigung ein SARS-CoV2 Schnelltest/Selbsttest durchgeführt.

Testdatum _____ Uhrzeit _____

Testhersteller: (genaue Bezeichnung)

Sonderzulassung Aktenzeichen BfArM

Testergebnis:

<table border="1"><tr><td style="text-align: center;">POSITIV</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> (Verdacht auf SARS-CoV2 Infektion)	POSITIV		<table border="1"><tr><td style="text-align: center;">NEGATIV</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> (Kein Verdacht auf SARS-CoV2 Infektion)	NEGATIV	
POSITIV					
NEGATIV					

Sportplatz Hattorf/ MZH Hattorf

Kontakt zur durchführenden Person

Name: _____ Tel.: _____

Unterschrift