

Test-Nr. 

--	--	--

## COVID19-Antigen Test Negative Befundbestätigung

(Felder mit dem Symbol ☛ bitte vorab selbst ausfüllen!)

Hiermit wird bestätigt, dass

☛ Frau/Herr (Name, Vorname): .....

☛ geb. am: .....

mittels Antigenschnelltest (PoC-Test) im Testzentrum der Gemeinde  
Krauchenwies (Turnhalle Sophie-Scholl-Schule, Baidt 9, 72505  
Krauchenwies)

am ..... (Datum)

**- negativ -**

auf das Coronavirus getestet wurde.

Krauchenwies,

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel/Unterschrift der  
durchführenden Organisation