

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)

um (Uhrzeit)

- **negativ** -

auf das Coronavirus getestet wurde.

Krauchenwies,

.....
Ort, Datum

.....
Stempel/Unterschrift der
durchführenden Organisation