

Bitte senden an: - infektionsschutz@kreis-tuebingen.de oder
 - Fax 07071-207-3331

Bescheinigung über das Vorliegen eines positiven oder negativen Antigentests

| | | |
|--|--|--------------|
| <p>Es wird das Vorliegen eines</p> <p><input type="checkbox"/> positiven Antigentests</p> <p><input type="checkbox"/> negativen Antigentests (nur bei Cluster-Schülern auszufüllen)</p> <p>bescheinigt für</p> | | |
| ▶ | Name | Vorname |
| | Anschrift | Geburtsdatum |
| | Telefon | |
| <p>Der Antigentest wurde durchgeführt von</p> | | |
| ▶ | Name | Vorname |
| | Ausführende Stelle (Bezeichnung, Anschrift) Herstellername des verwendeten Antigentests | -Stempel- |

| | | |
|---|-----------|--------------------------|
| ▶ | Testdatum | Unterschrift x |
|---|-----------|--------------------------|