

Bestätigung zur Vorlage bei der Teststelle

Besucher von medizinischen Einrichtungen

kostenloser Bürgertest

Hiermit wird bestätigt, dass

_____ geboren am (tt,mm,jjjj)
(Nachname/n) (Vorname/n)

erklärt hat (bitte ankreuzen),

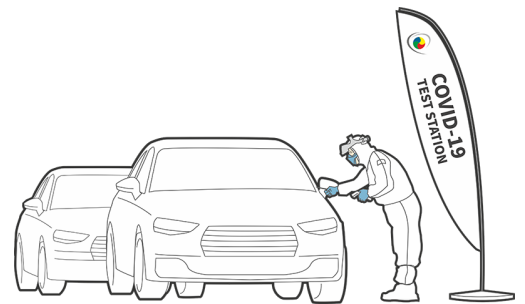
am _____ (Tagesbesuch)

vom _____ bis _____ (Mehrfachbesuch)

im Quartal _____ (Quartalsbesuch)

eine bei uns betreute und untergebrachte pflegebedürftige Person zu besuchen.

_____, den _____
Einrichtung (Unterschrift & Stempel) **Ort** **Datum**



(Hinweis: Die Zeitspanne des Mehrfachbesuchs darf drei Monate nicht übersteigen.)