

Zeugnis

über den SARS-CoV-2 Infektionsstatus

Es wird bescheinigt, dass Herr/Frau
(Name des*der Patient*in), (Sozialversicherungsnummer) auf
das Vorliegen von SARS-CoV-2 mittels CE-zertifiziertem Antigentest am
.....(Datum) um (Uhrzeit) getestet wurde.

Infektionsstatus zum Zeitpunkt der Testung

SARS-CoV-2 positiv negativ

.....
Unterschrift/Stempel bescheinigende*r Zahnärzt*in

.....
Datum