

Formular zur Bestätigung eines negativen Testergebnisses (Selbsttest)

| |
|------------------------------------|
| Name, Vorname: |
| |
| Anschrift: |
| |
| Geburtsdatum: |
| |
| Datum, Uhrzeit der Testung: |
| |
| Telefonnummer: |
| |

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, dass ich mich mittels eines anerkannten Selbsttests auf das Coronavirus SARS-CoV-2 getestet habe und das Ergebnis dieses Tests negativ ist.

Hinweis: Wer dieses Dokument fälscht oder einen nicht erfolgten Test unrichtig bescheinigt, macht sich nach § 267 StGB der Urkundenfälschung strafbar.

Datum

Unterschrift