

Patientennummer:



PFLERGE Inklusiv
Ambulanter Pflegedienst

Darmstädter Straße 44
64380 Roßdorf
Tel.: 06154 6936637
Fax: 06154 6936648

info@pflege-rossdorf.de
www.pflege-rossdorf.de

Bescheinigung über das Vorliegen eines positiven oder negativen Antigentests zum Nachweis des SARS-CoV-2 Virus

Patientendaten: (bitte ausfüllen und mitbringen)

IK: 462644774

Name, Vorname: _____

Anschrift Hauptwohnung (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, Land):

ggf. Anschrift derzeitiger Aufenthaltsort:

Geburtsdatum: _____ Personalausweisnummer: _____

Telefonnummer: _____ Handynummer: _____

E-Mail-Adresse: _____ Benachrichtigung per SMS oder Email!

Datenschutzerklärung:

Ich erkläre mich mit der Weitergabe meiner Daten an das Gesundheitsamt einverstanden. Ich habe die Datenschutzbestimmungen unter:

https://perspektive.ladadi.de/fileadmin/user_upload/PDF_Corona/210326/24032021_HMSI_Informationenblatt_Datenschutz.pdf
gelesen.

Datum und Unterschrift

Coronavirus Antigen-Schnelltest (wird vom Testzentrum ausgefüllt)

Test (Name des Tests/Hersteller): _____

Testdatum: _____ Uhrzeit: von: _____ bis: _____

Test durchgeführt durch (Name, Vorname / testende Stelle / Ort)

Testergebnis: negativ positiv*

Datum/Stempel testende Stelle/Unterschrift