**Ärztliches 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 (Herstellerfirma und Produktname des verwendeten Antigentests) am (Datum) um (Uhrzeit) getestet wurde.

**Infektionsstatus zum Zeitpunkt der Testung**

SARS-CoV-2 🞎 positiv 🞎 negativ

Unterschrift/Stempel bescheinigende\*r Ärzt\*in Datum