

# 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