**Ärztliches Zeugnis**

**über eine abgelaufene Infektion mit SARS-CoV-2**

Es wird bescheinigt, dass Herr/Frau (Name des\*der Patient\*in), (Sozialversicherungsnummer) zwischen und eine Infektion mit SARS-CoV-2 durchgemacht hat und damit für sechs Monate nach Ablauf der Infektion bis einschließlich von der Testpflicht (Antigen-Test oder molekularbiologischer Tests auf SARS-CoV-2) befreit ist.

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