



## AUSFÜLLBOGEN ZUR BESTÄTIGUNG DER ANSPRUCHSBERECHTIGUNG AUF KOSTENLOSE COVID-19 ANTIGEN TESTS (FÜR INSTITUTIONEN)

NAME:

ANSCHRIFT:

GEBURTSDATUM:

Name der bescheinigenden Institution:

Hiermit bestätigen wir, dass die besagte Person aus folgendem Grund Anspruch auf kostenlose Covid-19 Antigentestungen hat (Bitte ankreuzen):

Besucher/in / Behandelte/r  
(Pflegeheim, Krankenhaus, o.ä.)

Vulnerable Gruppe

Schwanger (bis zum 1. Trimester)

Pflegende Angehörige

Sonstiges (bitte folgend erläutern)

Kurze Erläuterung (falls der Grund nicht eindeutig ist):

Vorläufiger Geltungszeitraum (Bitte ankreuzen):

1 Woche

2 Wochen

3 Wochen

4 Wochen