



Deutscher
Hebammen
Verband

BESCHEINIGUNG ÜBER DAS VORLIEGEN EINES POSITIVEN
ODER NEGATIVEN ANTIGENTESTS ZUM NACHWEIS DES
SARS-COV-2-VIRUS

Der Antigentest wurde durchgeführt von:

Name, Vorname:

Adresse:

Getestete Person:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

ggf. Kontaktdaten:

Verwendeter Antigen-Schnelltest:

Handelsname des verwendeten Antigentests:

Hersteller:

Chargennummer:

Testabnahme:

Datum:

Uhrzeit:

Durchführung durch:

Testergebnis:

positiv

negativ

Datum, Unterschrift

Stempel