

Vollständiger Name:

Personenanzahl:

Telefonnummer:

Zeitraum des Besuchs:

Hiermit bestätige ich, Herr/Frau _____ folgendes:

Ich habe / Ich bin

- vor maximal 24 Stunden einen negativen Corona-Test (PCR- oder PoC-Test) vorgenommen.
- Seit mindesten 14 Tagen vollständig geimpft
- Vor über 28 Tagen, jedoch seit max. 6 Monaten von einer Coronaerkrankung genesen
- nur ein Haushalt

Ort, Datum

Unterschrift

(Vorlage entsprechender Unterlagen muss auf Wunsch erfolgen)

Vollständiger Name:

Personenanzahl:

Telefonnummer:

Zeitraum des Besuchs:

Hiermit bestätige ich, Herr/Frau _____ folgendes:

Ich habe / Ich bin

- vor maximal 24 Stunden einen negativen Corona-Test (PCR- oder PoC-Test) vorgenommen.
- Seit mindesten 14 Tagen vollständig geimpft
- Vor über 28 Tagen, jedoch seit max. 6 Monaten von einer Coronaerkrankung genesen
- nur ein Haushalt

Ort, Datum

Unterschrift

(Vorlage entsprechender Unterlagen muss auf Wunsch erfolgen)
