

## Bestätigung zur Vorlage bei der Teststelle nach §4a Abs. 1 Nr. 5 Testverordnung [Besuchende und Behandelte oder Bewohnende in stationären oder ambulanten Pflege- oder Krankeneinrichtungen]

Hiermit wird bestätigt, dass

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Vorname Nachname Geb.-Datum

derzeitig eine besuchende, behandelte oder bewohnende Person in unserer stationären oder ambulanten Pflege- oder Krankeneinrichtungen ist.

\_\_\_\_\_  
Genaue Bezeichnung der Einrichtung

Die Bescheinigung gilt:

am \_\_\_\_\_ (Tagesbesuch)

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Mehrfachbesuch)

im Quartal \_\_\_\_\_ (Quartalsbesuch)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Einrichtung **und Stempel**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum