



**Bescheinigung über erfolgte Testung auf SARS-CoV-2  
in den Einrichtungen der St. Elisabeth-Stift gGmbH**

**Getestet wurde:**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Die Testung erfolgte mittels SARS-CoV-2 Rapid Antigen-Test der

Firma Roche

Firma Nadal

**Testergebnis:**                    **positiv**                     **negativ**

Mit einem negativen Testergebnis bekommen Sie für die nächsten 72 Stunden Zugang zu unseren Einrichtungen.

Im Fall eines positiven Testergebnisses erfolgt immer eine Meldung an das zuständige Gesundheitsamt.

\_\_\_\_\_  
durchgeführt (Unterschrift Mitarbeiter/in)

\_\_\_\_\_  
Datum / Uhrzeit / Stempel