

**Anlage D**

**Ärztliches Zeugnis**

Es wird bescheinigt, dass

Name .....

geboren am ..... in .....

negativ auf SARS-CoV-2 am ..... (Datum der Probenahme)

um ..... (Uhrzeit der Probenahme) getestet wurde:

- molekularbiologisch
- mittels Antigentest; oder

von einer aktuell abgelaufenen Infektion mit SARS-CoV-2 seit ..... genesen ist; oder

mit dem Impfstoff ..... an folgenden Daten geimpft wurde:

Erstimpfung am: .....

Zweitimpfung am: .....

Weitere Impfung am: .....

.....

.....  
Ort, Datum, Unterschrift und Stampiglie der/des bestätigenden Ärztin/Arztes