

Selbstauskunft Corona-Selbsttest

Hiermit bestätige ich,

Vorname Name

Straße + Hausnummer

PLZ Ort

geb. am

dass ich heute vor dem Besuch im Krankenhaus einen Corona-Selbsttest durchgeführt habe und dieser negativ war. Ich habe keine Symptome wie Fieber, Husten, Schnupfen, Atemnot oder Halsschmerzen.

Datum Unterschrift

Bitte beachten Sie, dass im gesamten Krankenhaus – auch auf den Patientenzimmern – eine FFP2-Maskenpflicht (ohne Ventil) besteht.

FFP2-Maskenpflicht

