

# Bescheinigung zur Vorlage im Testzentrum

## Einrichtung:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Donau-Ries Klinik Donauwörth     | <input type="checkbox"/> Donau-Ries Seniorenheim Rain        |
| <input type="checkbox"/> Donau-Ries Klinik Oettingen      | <input type="checkbox"/> Donau-Ries Seniorenheim Wemding     |
| <input type="checkbox"/> Stiftungs Krankenhaus Nördlingen | <input type="checkbox"/> Donau-Ries Seniorenheim Monheim     |
|   | <input type="checkbox"/> Pflegezentrum Bürgerheim Nördlingen |

Hiermit wird bescheinigt, dass

Herr/Frau

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

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

eine/n Patienten/in bzw. eine/n Bewohner/in unserer Einrichtung besucht und damit zum kostenfreien Antigen-Test berechtigt ist.

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

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift

Dokumentnr.:	Dokumentname:	Nächste Revision:	Freigabe	Freigabe	Revision	Seite
ALL-FOR-5257	Bescheinigung zur Vorlage im Testzentrum	am: 30.06.2027	durch: Vorstand	am: 30.06.2022	Nr.: 1.0	1/1

Ausdrucke unterliegen nicht dem Änderungsdienst