MELDEFORMULAR

An das

Landratsamt Lörrach - II / Fachbereich Gesundheit
Palmstr. 3, 79539 Lörrach

Fax.: 07621 410 2199

eMail: gesundheit@loerrach-landkreis.de

Bescheinigung über das Vorliegen eines positiven oder negativen Antigentests

Es wird das Vorliegen eines

☐ positiven Antigentests
☐ negativen Antigentests

bescheinigt für:

▶	Name:	Vorname:	
	Anschrift:	Telefon:	
	eMail:	Geburtsdatum:	(TT.MM.JJJJ)

Der Antigentest wurde durchgeführt von:

▶	Name:	Vorname:
	Ausführende Stelle (Bezeichnung, Anschrift):	(Stempel)
	Handelsname des verwendeten Antigentests:	

▶	Testdatum (TT.MM.JJJJ):	Uhrzeit (HH:MM):	Unterschrift: