

Nachweis über die Durchführung eines Antigen – Schnelltests

in Einrichtungen der Sander Pflege GmbH im Rahmen des Besuchsmanagements

Daten der getesteten Person: **muss vom Besucher ausgefüllt werden**

Name	
Straße Nr.	
PLZ Ort	
Telefonnummer	

Angaben zur Testung: **wird von der Einrichtung ausgefüllt**

	Testung	Gültig bis
Datum		
Uhrzeit		
Ergebnis *	Negativ	Positiv

Bei positivem Testergebnis ist sofort die zuständige Gesundheitsbehörde zu informieren!

*** Wir übernehmen keine Gewähr und keine Haftung für das Ergebnis des Antigenschnelltests. Es handelt sich hierbei um keine 100% zuverlässige Aussage zum tatsächlichen Infektionsstand der getesteten Person.**

Die Testung erfolgte im Rahmen eines Testangebotes unserer Einrichtung, um Besuche weiterhin aufrecht erhalten zu können.

Datum:

Unterschrift der testenden Person/
Stempel der Einrichtung