



Bestätigung über das Testergebnis auf das Coronavirus SARS-CoV-2 zu Besuchszwecken i. S. d. § 9 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 der 11. BayIfSMV vom 15.12.2020

Persönliche Daten der Testperson

Frau/Herr _____
geb. am _____
Anschrift _____
Telefonnummer _____

Bestätigung der Terminbuchung der zu besuchenden Einrichtung

Besuchstermin (Datum/Uhrzeit – soweit vereinbart) _____

Name/Anschrift der Einrichtung Glockengießer Spitalstiftung St. Leonhard, Hermann-Keßler-Stift

Bestätigung der Einrichtung (Unterschrift/Stempel) _____

Bestätigung der durchführenden Hilfsorganisation über das Testergebnis

Vorgenannte Testperson wurde am _____ (Datum) auf das Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 getestet.

- Das Testergebnis war negativ; daraus ergibt sich **kein** Hinweis auf eine Infektion.
- Das Testergebnis war positiv.*

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift
der durchführenden Hilfsorganisation

*Im Falle eines positiven Testergebnisses müssen unmittelbar weitergehende Maßnahmen seitens der Testperson ergriffen werden. Hierzu wird auf beigefügtes Informationsblatt verwiesen.