Assyrischer Jugendverband Mitteleuropa
Landesverband Bayern e.V.

Assyrischer Jugendverband Mitteleuropa – Landesverband Bayern e.V. | Kanalstr. 15 | 86153 Augsburg

Dokumentation Selbsttest

TEST

Der Selbsttest wurde durchgeführt am

Datum: _____

Uhrzeit: _____

Ergebnis: ☐ negativ

☐ ungültig *

* Fehler ausschließen, Test ggf. wiederholen bzw. neuen Test machen.

☐ positiv **

** Person muss sofort isoliert werden.
Telefonisch (Tel. 116 117) einen PCR-Test vereinbaren.

ZU TESTENDE PERSON

Vorname: _____

Nachname: _____

Kontakt: _____

Adresse (Straße, Ort): _____

_____

Ich bestätige hiermit die gemachten Angaben und das Ergebnis des Tests:

_____

(Unterschrift Geteste_r)

Assyrischer Jugendverband Mitteleuropa
Landesverband Bayern e.V.

Assyrischer Jugendverband Mitteleuropa – Landesverband Bayern e.V. | Kanalstr. 15 | 86153 Augsburg

ZEUGE / ZEUGIN ***

*** Person sollte volljährig (18+ Jahre).

Vorname: _____

Nachname: _____

Kontakt: _____

Ich bestätige hiermit die gemachten Angaben und das Ergebnis des Tests:

_____

(Unterschrift Zeuge / Zeugin)