

1

Durchführung Antigentest SARS-CoV2 <u>per PoC Schnelltest</u> <u>für Mitarbeiter in Arztpraxen</u>

nach Corona-Testverordnung – TestV - § 1 Satz 1 gemäß "Dritte Verordnung zur Änderung der Verordnung zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2

	raxis: Fachrichtung: ame, Adresse,				
		Quartal:			
(Stempel) Verwendeter Test:		Kauffdatum:Anzahl gekaufter Tests:			
Datum	Name	Vorname	Funktion		
	ideter Test: _	ndeter Test: Kauffo	Quartal: ndeter Test: Kauffdatum: Anzahl		

Datum: _____ Unterschrift: ____

Praxis Name	Stempe	ıl:	
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			