Nachweis der Testung gem. §28b Abs. 3 Nr. 1 IfSG

Name/Adresse der Einrichtung	
Ansprechpartner	
Zeitraum	

Testung am	**getestete Beschäftigte**			**getestete Patienten/Bewohner** *(behandelt, betreut, gepflegt, untergebracht)*			**getestete Besucher**		
	Gesamt	**Positiv**	**Negativ**	**Gesamt**	**Positiv**	**Negativ**	**Gesamt**	**Positiv**	**Negativ**

Nachweis der Impfung gem. §28b Abs. 3 Nr. 2 IfSG

Name/Adresse der Einrichtung	
Ansprechpartner	
Zeitraum	

Dokumentation vom	**Beschäftigte**			**Patienten/Bewohner** *(behandelt, betreut, gepflegt, untergebracht)*			**Besucher**		
	Gesamt	nicht geimpft	geimpft	Gesamt	nicht geimpft	geimpft	Gesamt	nicht geimpft	geimpft