

Fachbereich Medizin

Erste drei Buchstaben des  
Nachnamens:

\_\_\_\_\_

Studiengang:

\_\_\_\_\_

**Dokumentationsbogen 1**  
**Selbstauskunft SARS-CoV-2-Test für geimpfte oder genesene Studierende**

Hiermit bestätige ich, \_\_\_\_\_,  
Nachname, Vorname, Geburtsdatum

dass ich am \_\_\_\_\_  
Datum

einen Test auf SARS-CoV-2 durchgeführt habe und das Testergebnis negativ war.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

-----  
Von Aufsicht auszufüllen

Ein Antigen-Schnelltest wurde ausgegeben.

Fachbereich Medizin

Erste drei Buchstaben des  
Nachnamens:

\_\_\_\_\_

Studiengang:

\_\_\_\_\_

**Dokumentationsbogen 1**  
**Selbstauskunft SARS-CoV-2-Test für geimpfte oder genesene Studierende**

Hiermit bestätige ich, \_\_\_\_\_,  
Nachname, Vorname, Geburtsdatum

dass ich am \_\_\_\_\_  
Datum

einen Test auf SARS-CoV-2 durchgeführt habe und das Testergebnis negativ war.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

-----  
Von Aufsicht auszufüllen

Ein Antigen-Schnelltest wurde ausgegeben.