Dr. A. B.

Adresse

PLZ. Ort

Ort, Datum

Betrifft: Pat X.Y, geb. am……………,
wohnhaft:……………………..….

Der oben genannte Patient versichert glaubhaft, in den letzten 48 Stunden keinerlei Symptome einer COVID 19 Erkrankung gehabt zu haben

Stempel……………………………………………………………………Unterschrift----------------------------------------