

# Bestätigung über Überwindung der COVID-19-Krankheit

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Der/die genannte hat die Krankheit COVID-19 nachweislich überwunden bestätigt mit<sup>(1)</sup>

einem positivem RT-PCR

einem Antigen-Test

Antikörper gegen COVID-19

innerhalb der letzten 180 Tage und gilt für ihn/sie eine Ausnahme von der Verpflichtung vom weiteren Testen und von der Einhaltung von Quarantänemaßnahmen für diese Krankheit

von ..... bis .....

solange es neue Symptome von COVID-19 auftreten.

<sup>(1)</sup> geben Sie die Art der Krankheitsbestätigung an

In.....

Am .....

.....  
Stempel und Unterschrift des  
zuständigen Arztes

Anmerkung:

Als Zeitpunkt der Überwindung der COVID-19-Krankheit gilt der Tag nach dem Tag des Abschlusses der Isolierung oder im Fall des Nachweises von Antikörpern der Klasse IgG durch einen Antikörpertest das Datum der Blutentnahme zum Zwecke der Antikörperbestimmung.