

Covid 19 Einzel Testung

Name: _____

Kontaktmöglichkeit: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Email und Telefonnummer

PLZ / Ort: _____

geimpft Datum: _____

Geburtsdatum: _____

genesen Datum: _____

geboostert Datum: _____

PoC AG

ab 14 Jahre muss dieses Formblatt geführt werden!!

Schnelltest

Wer gebooster ist ,benötigt das Formblatt nicht!

	Datum	Uhrzeit	Ergebnis	Ergebnis	Unterschrift getest. Person	Unterschrift Tester/ Trainer	Ort der Testung
1			neg <input type="checkbox"/>	pos <input type="checkbox"/>			
2			neg <input type="checkbox"/>	pos <input type="checkbox"/>			
3			neg <input type="checkbox"/>	pos <input type="checkbox"/>			
4			neg <input type="checkbox"/>	pos <input type="checkbox"/>			
5			neg <input type="checkbox"/>	pos <input type="checkbox"/>			
6			neg <input type="checkbox"/>	pos <input type="checkbox"/>			
7			neg <input type="checkbox"/>	pos <input type="checkbox"/>			
8			neg <input type="checkbox"/>	pos <input type="checkbox"/>			
9			neg <input type="checkbox"/>	pos <input type="checkbox"/>			
10			neg <input type="checkbox"/>	pos <input type="checkbox"/>			

