

# Bescheinigung über Antigentest zum Nachweis von SARS-CoV-2

Auszufüllen bei Zutritt ins Stadion

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift Hauptwohnung

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Telefon

## Symptome:

Keine

Fieber

Geschmacksverlust

Kopfschmerzen

Husten

Halsschmerzen

Geruchsverlust

Das Zeugnis wird im Falle eines positiven Testergebnisses von der testenden Stelle an das örtliche Gesundheitsamt weitergeleitet.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Auszufüllen durch FC Eilenburg e.V.

Legitimation durch gültiges Ausweisdokument

ja

nein

**Datum:** \_\_\_\_\_

Besucher

Externe

**Uhrzeit:** \_\_\_\_\_

FC Eilenburg

Gastmannschaft und Staff

**Test:**

AESKU.RAPID

Anderer: \_\_\_\_\_

## Testergebnis (Schnelltest):

positiv

schwach positiv (Verdacht)

negativ

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

med. Fachpersonal