



**Nachweis der vorhandenen zweimaligen
Schutzimpfung gegen COVID-19
bzw.
einer ärztlichen Bestätigung einer durchgemachten
COVID-19 Erkrankung**

Hiermit bestätige ich

Name

**eine zweimalige Schutzimpfung gegen
COVID-19 erhalten zu haben.**

oder

**über eine ärztliche Bestätigung/Genesenennachweis einer
durchgemachten COVID-19 Infektion, gültig bis zum
_____ zu verfügen.**

**Auf eine Selbsttestung kann nach dem aktuellen Stand verzichtet
werden. Eine freiwillige zweimalige Selbsttestung pro Woche wird
weiterhin empfohlen.**

Datum

Unterschrift