



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

Hiermit bestätige ich

Name der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters

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

**verfügt über eine ärztliche Bestätigung/Genesenennachweis
über eine durchgemachte COVID-19 Infektion, gültig bis
zum _____.**

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

Datum

Unterschrift der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters