

Apotheker Torsten Dudda
Holtenauer Straße 80 | 24105 Kiel
Telefon 0162 8760573
www.teststation-kiel.de

TESTSTATIONEN KIEL

Bestätigung zur Vorlage bei der Teststation

Pflegende Angehörige

Hiermit bestätige ich, dass ich

Frau / Herr _____
Vorname Nachname

Pflegende/r Angehörige/r einer Person bin, die besonders gefährdet ist, schwer an COVID zu erkranken.

Der Name des/der von mir gepflegten Angehörige/n ist

Frau / Herr _____
Vorname gepflegte/r Angehörige/r Nachname gepflegte/r Angehörige/r

_____, den ____ . _____ 2022
Unterschrift Ort Datum