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

TESTSTATIONEN KIEL

Bestätigung zur Vorlage bei der Teststation

Kontakt zu besonders gefährdeten Personen

Hiermit bestätige ich, dass ich

Frau / Herr _____ _____

Vorname **Nachname**

heute Kontakt zu einer Person haben werde, die ein hohes Risiko hat, schwer an COVID zu erkranken. Dazu zählen:

- Menschen ab 60 Jahren
- Menschen mit Behinderung
- Menschen mit Vorerkrankungen

_____ _____, den ____ . _____ 2022

Unterschrift **Ort** **Datum**