



## Anmeldung Antigen Schnelltest

<b>Vorname:</b>	
<b>Nachname:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Strasse/Hnr:</b>	
<b>Plz/Ort:</b>	
<b>Telefonnr:</b>	

<b>Vom Arzt auszufüllen:</b>	
<b>Blutverdünnung:</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Uhrzeit:</b>	
<b>Ergebnis:</b>	<input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv