Deutsches Rotes Kreuz
Kreisverband Soltau e.V.

Bestätigung zur Vorlage bei der Teststelle

Hiermit wird bestätigt, dass

Frau/Herr _____ _____
Vorname Nachname

ein Besucher/Bewohner oder zu behandelte Person unten genannter Einrichtungen

in dem Zeitraum _____ - _____ ist:
von bis

- Krankenhäuser
- Rehabilitationseinrichtungen
- Stationäre Pflegeeinrichtungen
- Einrichtungen für Menschen mit einer Behinderung
- Einrichtungen für ambulante Operationen
- Dialysezentren
- Ambulante Pflege
- Tageskliniken
- Pflegende Angehörige
- Entbindungseinrichtungen
- Ambulante Hospizdienste
- Palliativversorgung
- Leistungsberechtigte, die im Rahmen eines pers. Budgets nach §29 SGB IX erhalten, sowie Personen die bei Leistungsberechtigten im Rahmen eines pers. Budgets beschäftigt sind.

_____ _____, den ____.____ . 2022
Einrichtung (Unterschrift/Stempel) Ort, Datum