

Hiermit erkläre ich,

---

(Name, Vorname der testbedürftigen Person),

dass ich einen Patienten in folgender Klinik

*Kreiskliniken Reutlingen*

- Klinikum am Steinenberg, Steinenbergstraße 31, 72764 Reutlingen*
- Alb klinik Münsingen, Lautertalstraße 47, 72525 Münsingen*
- Ermstaklinik Bad Urach, Stuttgarter Straße 100, 72574 Bad Urach*

(bitte ankreuzen)

besuchen möchte und hierfür einen negativen Antigen-Schnelltest benötige.

---

Datum, Unterschrift