



**Krankenhaus St. Elisabeth  
Damme**

Bestätigung zur Vorlage bei der Teststelle.

Hiermit wird bestätigt,

dass Frau / Herr \_\_\_\_\_

Vorname

Nachname

erklärt hat, eine Person bei uns zu besuchen.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ 2022

Einrichtung (Unterschrift/Stempel o.ä.)

Ort

Datum