

# Coronavirus Negativ-Nachweis | TC Medizin Berlin-Buch e.V.



<b>SPIELER 1</b>	Name Spieler 1:	Offizieller Negativ-Test liegt vor:	Datum des Tests:	Uhrzeit des Tests:
		Covid 19 Impfung vorhanden:	Datum der Impfung:	Impfnachweis vorliegend:
		Selbsttest 4-Augen Prinzip/Name des Tests:	Datum des Tests	Uhrzeit des Tests
	Bestätigung des negativen Selbst-Testergebnisses durch			
	Name:	Vorname:	Datum:	Unterschrift:
<b>SPIELER 2</b>	Name Spieler 2:	Offizieller Negativ-Test liegt vor:	Datum des Tests:	Uhrzeit des Tests:
		Covid 19 Impfung vorhanden:	Datum der Impfung:	Impfnachweis vorliegend:
		Selbsttest 4-Augen Prinzip/Name des Tests:	Datum des Tests	Uhrzeit des Tests
	Bestätigung des negativen Selbst-Testergebnisses durch			
	Name:	Vorname:	Datum:	Unterschrift:
<b>SPIELER 3</b>	Name Spieler 3:	Offizieller Negativ-Test liegt vor:	Datum des Tests:	Uhrzeit des Tests:
		Covid 19 Impfung vorhanden:	Datum der Impfung:	Impfnachweis vorliegend:
		Selbsttest 4-Augen Prinzip/Name des Tests:	Datum des Tests	Uhrzeit des Tests
	Bestätigung des negativen Selbst-Testergebnisses durch			
	Name:	Vorname:	Datum:	Unterschrift:
<b>SPIELER 4</b>	Name Spieler 4:	Offizieller Negativ-Test liegt vor:	Datum des Tests:	Uhrzeit des Tests:
		Covid 19 Impfung vorhanden:	Datum der Impfung:	Impfnachweis vorliegend:
		Selbsttest 4-Augen Prinzip/Name des Tests:	Datum des Tests	Uhrzeit des Tests
	Bestätigung des negativen Selbst-Testergebnisses durch			
	Name:	Vorname:	Datum:	Unterschrift:
<b>SPIELER 5</b>	Name Spieler 5:	Offizieller Negativ-Test liegt vor:	Datum des Tests:	Uhrzeit des Tests:
		Covid 19 Impfung vorhanden:	Datum der Impfung:	Impfnachweis vorliegend:
		Selbsttest 4-Augen Prinzip/Name des Tests:	Datum des Tests	Uhrzeit des Tests
	Bestätigung des negativen Selbst-Testergebnisses durch			
	Name:	Vorname:	Datum:	Unterschrift:
<b>SPIELER 6</b>	Name Spieler 6:	Offizieller Negativ-Test liegt vor:	Datum des Tests:	Uhrzeit des Tests:
		Covid 19 Impfung vorhanden:	Datum der Impfung:	Impfnachweis vorliegend:
		Selbsttest 4-Augen Prinzip/Name des Tests:	Datum des Tests	Uhrzeit des Tests
	Bestätigung des negativen Selbst-Testergebnisses durch			
	Name:	Vorname:	Datum:	Unterschrift:
<b>SPIELER 7</b>	Name Spieler 7:	Offizieller Negativ-Test liegt vor:	Datum des Tests:	Uhrzeit des Tests:
		Covid 19 Impfung vorhanden:	Datum der Impfung:	Impfnachweis vorliegend:
		Selbsttest 4-Augen Prinzip/Name des Tests:	Datum des Tests	Uhrzeit des Tests
	Bestätigung des negativen Selbst-Testergebnisses durch			
	Name:	Vorname:	Datum:	Unterschrift: