

# REGISTRIERUNG GESUNDHEITSNACHWEIS



Datum: ..... 2021

Uhrzeit: .....

Name: .....

Kontakt ☎ od. @ : .....

Wir sind: ..... Erwachsene

..... Kinder

**Ich bin:**

geimpft am .....

getestet am ..... um .....

genesen am .....

Ich bestätige mit meiner Unterschrift  
alle Angaben Wahrheitsgetreu  
gemacht zu haben.

Unterschrift: .....

**HINWEIS:** Wir sind ermächtigt, ihre  
Angaben jederzeit zu überprüfen!