

Besucherbescheinigung

Hiermit wird bestätigt, dass der Corona Antigen Schnelltest nur zum Zweck eines Patientenbesuchs in den Helios Kliniken Kassel benötigt wird.

Personendaten:_____
Vorname_____
Nachname_____
Geburtsdatum_____
Ort/Datum_____
Unterschrift_____
Helios Kliniken Kassel