DOKUMENTATION TESTNACHWEISE

Gem. § 4 Abs. 4 und § 5 Abs. 2 der 15. BayIfSMV

Datum und Uhrzeit	Vor- und Nachname der getesteten Person	Testnachweis vom (Datum) und Uhrzeit	Unterschrift Gastwirt/Beauftragter	Testergebnis negativ