

Protokoll abgewiesener Patient

Nummer: _____

Patient: Initialen oder Name: _____

Abweisungsgrund: kein aktueller PCR Test

Nicht geimpft

Nicht geboostert

Datum der Abweisung: _____

Name und Fachrichtung des abweisenden Arztes:

Grund für den Arztbesuch:

Der Patient ist mit der Veröffentlichung seiner persönlichen Daten einverstanden:

Name, Datum und Unterschrift des Patienten

Name, Datum, Stempel und Unterschrift des protokollierenden Arztes