

## **Meldung der Testungen in ihrer Ordination**

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Kalenderwoche: \_\_\_\_\_

### **Testungen bei Symptomatischen**

Anzahl: \_\_\_\_\_

davon positiv: \_\_\_\_\_

### **Testungen bei Asymptomatischen**

Anzahl: \_\_\_\_\_

davon positiv: \_\_\_\_\_