

Name: _____ Funktion: _____	Monat/ Jahr: _____ (für jeden Monat getrenntes Formular führen)
--------------------------------	--

Anz./Nr. Tests	Datum	Uhrzeit Durchführung Antigen- Schnell Test	Kürzel Test durchgeführt	Vermerk wenn z.B. aus Versehen ein Test verworfen wurde
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				

Anz./Nr. Tests	Datum	Uhrzeit Durchführung Antigen- Schnell Test	Kürzel Test durchgeführt	Vermerk wenn z.B. aus Versehen ein Test verworfen werden musste
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				

Bitte **nur diese** Dokumentation Durchführung Tests für die Abrechnung

monatlich bis zum 3. Kalendertag des Folgemonats (wenn möglich-als Scan)

an folgende E-Mail-Adresse senden:

Corona-Nachweise@adberlin.com

Oder per Post an:

ambulante dienste e.V. Personalabteilung, Urbanstr. 100, 10967 Berlin.