

Attest

– fritagelse for test for COVID-19

Patientoplysninger

Personnummer:

Navn:

Adresse:

Evt. telefonnummer:

Institution

Institutionsnavn:

Adresse:

EAN-nummer:

Undtagelse for krav om test for COVID-19

Patienten undtages for krav om test for COVID-19

Ja:

Er undtagelsen midlertidig?

Ja:

Nej:

Hvis ja, hvor lang tid gælder undtagelsen?

Dato:

Lægens oplysninger

Navn:

Adresse:

Telefonnummer:

SE-nummer eller autorisationsnummer:

Dato:

Underskrift: