



Bescheinigung der Testung auf COVID-19
Certificate of Testing for COVID-19

Datum der Ausstellung
Date of issue _____

Vor- und Zuname
Name _____

Nr. des Reisepasses
Passport No. _____

Nationalität
Nationality _____

Geburtsdatum
Date of Birth _____

Geschlecht
Sex _____

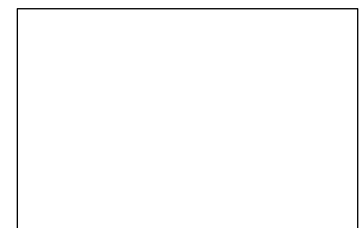
Hiermit werden die folgenden Ergebnisse bescheinigt, die durch einen COVID-19-Test bestätigt wurden, der mit einer von oben genannter Person entnommenen Probe durchgeführt wurde.
This is to certify the following results which have been confirmed by testing for COVID-19 conducted with the sample taken from the above-mentioned person.

Probe Sample (Bitte eine der folgenden aufgeführten Möglichkeiten ankreuzen /Check one of the boxes below)	Testmethode auf COVID-19 Testing Method for COVID-19 (Bitte eine der folgenden aufgeführten Möglichkeiten ankreuzen /Check one of the boxes below)	Ergebnis Result	① Datum des Testergebnisses Test Result Date ② Datum und Uhrzeit der Probeentnahme Specimen Collection Date and Time	Anmerkungen Remarks
<input type="checkbox"/> Nasopharyngealer Abstrich (Nasenrachenabstrich) <i>Nasopharyngeal Swab</i> <input type="checkbox"/> Speichel <i>Saliva</i> <input type="checkbox"/> Nasopharyngealer und oropharyngealer Abstrich (Nasenrachen- und oraler Rachenabstrich) <i>Nasopharyngeal and oropharyngeal swabs</i>	<input type="checkbox"/> Nukleinsäure-Amplifikationstest (RT-PCR) <i>Nucleic acid amplification test (RT-PCR)</i> <input type="checkbox"/> Nukleinsäure-Amplifikationstest (LAMP) <i>Nucleic acid amplification test (LAMP)</i> <input type="checkbox"/> Nukleinsäure-Amplifikationstest (TMA) <i>Nucleic acid amplification test (TMA)</i> <input type="checkbox"/> Nukleinsäure-Amplifikationstest (TRC) <i>Nucleic acid amplification test (TRC)</i> <input type="checkbox"/> Nukleinsäure-Amplifikationstest (Smart Amp) <i>Nucleic acid amplification test (Smart Amp)</i> <input type="checkbox"/> Nukleinsäure-Amplifikationstest (NEAR) <i>Nucleic acid amplification test (NEAR)</i> <input type="checkbox"/> Sequenzierung der nächsten Generation <i>Next generation sequence</i> <input type="checkbox"/> Quantitativer Antigentest* (CLEIA/ECLEIA) <i>Quantitative antigen test* (CLEIA/ECLEIA)</i>	<input type="checkbox"/> Negativ <i>Negative</i> <input type="checkbox"/> Positiv <i>Positive</i> → Keine Einreise nach Japan <i>No entry into Japan</i>	① Datum (Jahr/Monat/Tag) <i>Date (yyyy /mm /dd)</i> ____ / ____ / ____ ② Datum (Jahr/Monat/Tag) <i>Date (yyyy /mm /dd)</i> ____ / ____ / ____ Uhrzeit AM/PM <i>Time AM/PM</i> ____ : ____	

* Kein qualitativer Antigentest./Not a qualitative antigen test.

Name der medizinischen Einrichtung/Name of Medical institution

Anschrift der medizinischen Einrichtung/ Address of the institution



Stempel/seal

Unterschrift des Arztes/Signature by doctor _____



Bescheinigung der Testung auf COVID-19
Certificate of Testing for COVID-19

Datum der Ausstellung
Date of issue _____

Vor- und Zuname
Name _____

Nr. des Reisepasses
Passport No. _____

Nationalität
Nationality _____

Geburtsdatum
Date of Birth _____

Geschlecht
Sex _____

Hiermit werden die folgenden Ergebnisse bescheinigt, die durch einen COVID-19-Test bestätigt wurden, der mit einer von oben genannter Person entnommenen Probe durchgeführt wurde.

This is to certify the following results which have been confirmed by testing for COVID-19 conducted with the sample taken from the above-mentioned person.

Probe Sample (Bitte eine der folgenden aufgeführten Möglichkeiten ankreuzen /Check one of the boxes below)	Testmethode auf COVID-19 Testing Method for COVID-19 (Bitte eine der folgenden aufgeführten Möglichkeiten ankreuzen /Check one of the boxes below)	Ergebnis Result	① Datum des Testergebnisses Test Result Date ② Datum und Uhrzeit der Probeentnahme Specimen Collection Date and Time	Anmerkungen Remarks
<input checked="" type="checkbox"/> Nasopharyngealer Abstrich (Nasenrachenabstrich) Nasopharyngeal Swab <input type="checkbox"/> Speichel Saliva <input type="checkbox"/> Nasopharyngealer und oropharyngealer Abstrich (Nasenrachen- und oraler Rachenabstrich) Nasopharyngeal and oropharyngeal swabs	<input type="checkbox"/> Nukleinsäure-Amplifikationstest (RT-PCR) Nucleic acid amplification test (RT-PCR) <input checked="" type="checkbox"/> Nukleinsäure-Amplifikationstest (LAMP) Nucleic acid amplification test (LAMP) <input type="checkbox"/> Nukleinsäure-Amplifikationstest (TMA) Nucleic acid amplification test (TMA) <input type="checkbox"/> Nukleinsäure-Amplifikationstest (TRC) Nucleic acid amplification test (TRC) <input type="checkbox"/> Nukleinsäure-Amplifikationstest (Smart Amp) Nucleic acid amplification test (Smart Amp) <input type="checkbox"/> Nukleinsäure-Amplifikationstest (NEAR) Nucleic acid amplification test (NEAR) <input type="checkbox"/> Sequenzierung der nächsten Generation Next generation sequence <input type="checkbox"/> Quantitativer Antigentest* (CLEIA/ECLEIA) Quantitative antigen test* (CLEIA/ECLEIA)	<input checked="" type="checkbox"/> Negativ Negative <input type="checkbox"/> Positiv Positive → Keine Einreise nach Japan No entry into Japan	① Datum (Jahr/Monat/Tag) Date (yyyy / mm / dd) 2021 / 4 / 2 ② Datum (Jahr/Monat/Tag) Date (yyyy / mm / dd) 2021 / 4 / 1 Uhrzeit AM/PM Time AM/PM 2 : 30	

*Kein qualitativer Antigentest./Not a qualitative antigen test.

Name der medizinischen Einrichtung/Name of Medical institution

Anschrift der medizinischen Einrichtung/ Address of the institution



Stempel/seal

Unterschrift des Arztes/Signature by doctor _____