**G-G-G Prüfblatt**

**Persönliche Daten Arbeitnehmer:**

Name:
Vorname:

**Welches G wird von Ihnen erfüllt?**

⃝ Geimpft
⃝ Genesen
⃝ Getestet

**Folgendes muss je nach G überprüft werden:**

Geimpft: Einsicht des Impfausweises

Genesen: Datenabgleich Personalausweis + Enddatum Genesenenstatus

Getestet: Vollständig die unteren Angaben ausfüllen!

**Testart/Typ**

⃝ PCR-Test

⃝ Schnelltest

⃝ Selbsttest unter Aufsicht einer Befugten Person

**Testdatum:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Getesteter Mitarbeiter:**

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

Vorname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Name der Person welche den Test beaufsichtigt hat:**Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Name der Person/Organisation welche den Test durchgeführt hat:**

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

Vorname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Organisation:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: Unterschrift Prüfperson: