



**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.*

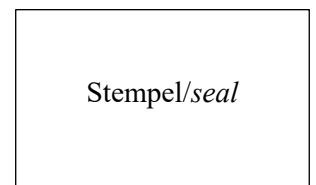
Probe <i>Sample</i> (Bitte eine der folgenden aufgeführten Möglichkeiten ankreuzen / <i>Check one of the boxes below</i> )	Testmethode auf COVID-19 <i>Testing Method for COVID-19</i> (Bitte eine der folgenden aufgeführten Möglichkeiten ankreuzen / <i>Check one of the boxes below</i> )	Ergebnis <i>Result</i>	① Datum des Testergebnisses <i>Test Result Date</i>  ② Datum und Uhrzeit der Probeentnahme <i>Specimen Collection Date and Time</i>	Anmerkungen <i>Remarks</i>
<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*</i> (CLEIA/ECLEIA)	<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* \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes/Signature by doctor \_\_\_\_\_

Stempel/seal