

**Bescheinigung über das Vorliegen
eines positiven oder negativen
Antigentests zum Nachweis
des SARS-CoV-2 Virus**

**Medizinisches Versorgungszentrum
Katholisches Klinikum Bochum**

Testzentrum der Praxis für Radiologie
Medizinisches Versorgungszentrum Katholisches
Klinikum Bochum gemeinnützige GmbH
Gudrunstraße 56 • 44791 Bochum
Teststellen-Nummer: 03-363

Getestete Person

Name, Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Breier-Kaßer, Andrea
Waldstr. 58, 45661 RE
26.10.1984

Antigen-Schnelltest

Name des Tests:

Hersteller:

Test-Datum:

Test-Uhrzeit:

Durchgeführt von:

Green Spring SARS-CoV-2 Antigen Rapid Test Kit (Colloidal Gold)
Shenzhen Lvshiyuan Biotechnology Co., Ltd.

13.01.2023
12:06
Kaplan

Testergebnis

Positiv*: ☐

Negativ: ☒

13.01.23 
Datum / Stempel der testenden Stelle / Unterschrift

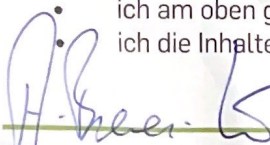
Testzentrum - Praxis für Radiologie
Gudrunstraße 56 • 44791 Bochum
testzentrum-jh@klinikum-bochum.de

Wer dieses Dokument fälscht oder einen nicht erfolgten Test unrichtig bescheinigt, macht sich nach §267 StGB der Urkundenfälschung strafbar. Jeder festgestellte Verstoß wird zur Anzeige gebracht. Wer ein gefälschtes Dokument verwendet, um Zugang zu einer Einrichtung oder einem Angebot zu erhalten, begeht nach der Coronaschutzverordnung des Landes eine Ordnungswidrigkeit, die mit einer Geldbuße in Höhe von € 1.000 geahndet wird.

*Bei einem positiven Ergebnis muss sich die Person unmittelbar in Quarantäne begeben und hat zur Bestätigung oder auch Widerlegung Anspruch auf einen PCR-Test. Für die Mitteilung an das zuständige Gesundheitsamt ist die Meldepflicht nach § 1 Absatz 7 der aktuellen Corona-Test-und-Quarantäneverordnung zu beachten.

Ich bestätige hiermit, dass

- die oben genannten Angaben zutreffend sind,
- ich am oben genannten Datum einen Schnelltest habe durchführen lassen,
- ich die Inhalte dieser Bescheinigung zur Kenntnis genommen habe.


Unterschrift getestete Person