

# 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:

Schultz, Michel

Anschrift:

Werchenweg 4, 44807 Bochum

Geburtsdatum:

26.04.93

## Antigen-Schnelltest

Name des Tests: Green Spring SARS-CoV-2 Antigen Rapid Test Kit (Colloidal Gold)

Hersteller: Shenzhen Lvshiyuan Biotechnology Co., Ltd.

Test-Datum:

18.12.27

Test-Uhrzeit:

10:04

Durchgeführt von:

Zonek

Testergebnis

Positiv\*:

Negativ:

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

*[Handwritten signature]*

Datum / Stempel der testenden Stelle / Unterschrift

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 dieses Bescheinigung zur Kenntnis genommen habe.

*[Handwritten signature: Michel Schultz]*

Unterschrift getestete Person