

**Bescheinigung über das Vorliegen eines positiven oder negativen
Antigentests zum Nachweis des SARS-CoV-2 Virus**
(Test result certification)



Testzentrum/ Teststelle (Testing centre)
(Anschrift, Teststellen-Nr. (Name, Address, Testing c

Teststelle 21001

Wiescherstraße 24 Herne 44623 DE

Infektionsdiagnostik (Covid-19 diagnostics):

Name des Tests (Test name): Corona-Virus SARS-CoV-2 antigen

Hersteller (Manufacturer): LYHER

Getestete Person (Tested person):

Name (Surname, Forename):

Anschrift (Address):

Geburtsdatum (Date of birth):

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
Ilona Rodewald		geb. am
Im schlagenkamp, 6 Herne 44623 DE		22-09-1970
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Laborergebnis (laboratory result)

Testdatum/Testuhrzeit (Date/ Time of the test) 18/01/2022 11:00

Test durchgeführt durch: (Name) (Tested by)

Dr. Gerd Dunkhase von Hinckeldey



Testergebnis (Result of the Test):

Positiv* (positive):

Negativ (negative):

18/01/2022

Datum/ Stempel testende Stelle/ Unterschrift (Date/ Stamp/ Signature)

