

**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:

Drüpfau, Veselika

Anschrift:

Gallusstr. 35, 45881 Geseke/Bochum

Geburtsdatum:

20.01.1978

**Antigen-Schnelltest**

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

Hersteller: Shenzhen Lvshiyuan Biotechnology Co., Ltd.

Test-Datum:

21.01.2023

Test-Uhrzeit:

7:59

Durchgeführt von:

A. Mehn

Testergebnis

Positiv\*:

Negativ:

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

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.

Unterschrift getestete Person

V. Drüpfau