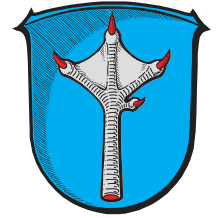




HERZENSSACHE
BERATUNG | BETREUUNG | HAUSHALTSDIENSTE

In Kooperation mit der Gemeinde Groß-Zimmern



Teststelle am Rathaus Groß-Zimmern, Rathausplatz 1, 64846 Groß-Zimmern

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

Getestete Person:

Name

Vorname

Männlich Weiblich

Geburtsdatum: _____

Anschrift:

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Wird von der Teststelle ausgefüllt

Ein SARS-Cov-2-Antigentest (Green-Spring COVID19 Ag RAPID TEST)

Wurde von _____ durchgeführt. Test-ID: AT417/20

Am: _____ Um: _____ Uhr

Testergebnis:

negativ positiv*

Unterschrift/Stempel Teststelle

A
W
O
K
I
T
A

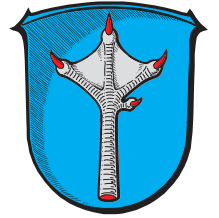
Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis, dass die Daten als Nachweis für Abrechnungszwecke bis in das Jahr 2024 aufbewahrt werden dürfen. Und Sie erlauben uns einen Antigen-Schnelltest an Ihrem Kind durchzuführen.

*Das Zeugnis zum Testergebnis wird bei einem positiven Testergebnis von der testenden Stelle an das örtliche Gesundheitsamt weitergeleitet.



HERZENSSACHE
BERATUNG | BETREUUNG | HAUSHALTSDIENSTE

In Kooperation
mit der Gemeinde
Groß-Zimmern



Teststelle am Rathaus Groß-Zimmern, Rathausplatz 1, 64846 Groß-Zimmern

Wichtige Hinweise bei positivem Testergebnis:

Folgendes gilt für einen **positiven Antigen Test** zur professionellen Anwendung:

- Begeben Sie sich ohne gesonderte Anordnung durch das Gesundheitsamt sofort und **ohne Umwege nach Hause**
- Sie müssen einen PCR-Test durchführen lassen!
- Zu deren Sicherheit informieren Sie bitte Ihre Kontaktpersonen und Ihren Arbeitgeber über den Erhalt eines positiven Testergebnisses.