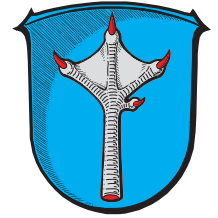




**HERZENSSACHE**  
BERATUNG | BETREUUNG | HAUSHALTSDIENSTE

# In Kooperation mit der Gemeinde Groß-Zimmern



Teststelle Haus Barbara Klein-Zimmern, Gartenstraße 13, 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

K  
I  
T  
A  
  
S  
E  
M  
D  
E  
R  
  
P  
F  
A  
D

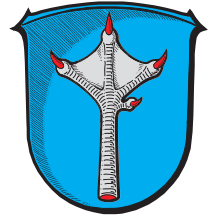
Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis, dass die Daten als Nachweis für Abrechnungszwecke bis in das Jahr 2024 aufbewahrt werden dürfen. Und Sie erlauben uns einen Antigen-Schnelltest an Ihrem Kind durchzuführen.

\*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 Haus Barbara Klein-Zimmern, Gartenstraße 13, 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.