

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

Getestete Person

Name, Vorname:

Anschrift Hauptwohnung (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, Land):

ggf. Anschrift derzeitiger Aufenthaltsort:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Grund der Testung :

Coronavirus Antigen-Schnelltest

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

Hersteller (Name des Herstellers): Shenzhen Lvshiyuan Biotechnology Co., Ltd.

Nasopharyngeal (Nase-Rachen): Sensitivität: 96,77% Spezifität: 100,00% Genauigkeit: 98,63%

Speichel (Lolli-Test): Sensitivität: 91,88% Spezifität: 100,00% Genauigkeit: 95,64%

Anterior-nasal (Nase vorne): Sensitivität: 96,25% Spezifität: 100,00% Genauigkeit: 97,99%

Testdatum/Uhrzeit:

Mitteilungsweg :

Test durchgeführt durch (Name, Vorname / testende Stelle / Ort)

Testergebnis:

negativ

positiv*

*Das Zeugnis zum Testergebnis wird bei einem positiven Testergebnis von der testenden Stelle an das für den Wohn- bzw. gewöhnlichen Aufenthaltsort des Patienten zuständige Gesundheitsamt weitergeleitet. (z.B. Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Fax: 069 212 45073)

Datum/Stempel testende Stelle/Unterschrift