

Bescheinigung über die Durchführung eines beaufsichtigten Selbsttest



Durchführungsort:

Deutsche Hochschule der Polizei

Zum Roten Berge 18 – 24

48165 Münster

Beaufsichtigt durch: _____

Getestete Person

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Antigen-Schnelltest:

Name des Tests: Novel Coronavirus (COVID 19) Antigen Test Kit (Colloidal Gold)

Hersteller: Lyher

Test-Art (Test type): Beaufsichtigter Selbsttest

Testdatum/Testuhrzeit: _____

Testergebnis:

Positiv*:

Negativ:

Datum/Unterschrift der Beaufsichtigten Person

*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.