

Name, Vorname:	geb. am:
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl, Wohnort	

ID Testperson:

Teststelle: Medi+ MVZ GmbH

Fortlaufende Nummer

Straße, Hausnummer Haifa-Allee 20
Postleitzahl, Wohnort 55128 Mainz
Telefonnummer: 06131-4908080
E-Mail Adresse info@mediplusmainz.de

Bescheinigung über das Ergebnis des PoC-Antigen-Tests:

Datum des PoC-Antigen-Tests: _____.

- Nachweis des Coronavirus SARS-CoV-2
- kein Nachweis des Coronavirus SARS-CoV-2

Angaben zum verwendeten PoC-Antigen-Test:

Hersteller:

PZN:

Ort, Datum, Uhrzeit

Stempel der Teststelle
medi+ MVZ GmbH
Haifa-Allee 20 · 55128 Mainz Tel.: 06131 490 808 0 Fax: 06131 490 808 4

Unterschrift der/des verantwortlichen der Teststelle

Wer dieses Dokument fälscht, einen nicht erfolgten Test bescheinigt, einen positiven Test fälschlicherweise als negativ bescheinigt oder wer ein falsches Dokument verwendet, um Zugang zu einer Einrichtung oder einem Angebot zu erhalten, begeht eine Ordnungswidrigkeit, die mit einer Geldbuße geahndet wird.

Einverständniserklärung zur Durchführung eines PoC-Antigen Schnelltests

Ich bin mit der Durchführung eines PoC-Antigen-Schnelltests und der namentlichen Meldung eines positiven Schnelltestergebnisses an das zuständige Gesundheitsamt einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift der zu testenden Person

Stempel der Teststelle

medi+ MVZ GmbH

Haifa-Allee 20 · 55128 Mainz
Tel.: 06131 490 808 0
Fax: 06131 490 808 4

Unterschrift der/des Teststellenverantwortlichen