

Bescheinigung über das Vorliegen eines positiven oder negativen Testergebnisses zum Nachweis des SARS-CoV-2 Virus
(Test result certification)

Testzentrum/ Teststelle (testing centre):

Arztpraxis Dr. med. Eva-Maria Ansay

Name (Name)

Alsterkamp 13, 20149 Hamburg

Anschrift (Address)

Getestete Person (Tested person):

Familienname, Vorname (Surname, Forename):	
Anschrift (Address):	
Geburtsdatum (Date of birth):	

Test zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (Covid-19 test):

Name des Tests (Test name):	AESKU.RAPID SARS-CoV-2
Hersteller (Manufacturer):	Aesku.Diagnostics GmbH & Co. KG
Test-Art (Test type):	<input type="checkbox"/> PCR-Test (PCR test) <input type="checkbox"/> PCR-Schnelltest (Rapid PCR test) <input checked="" type="checkbox"/> Antigen-Schnelltest (Rapid antigen test)
Test-Datum (Date of the test):	
Test-Uhrzeit (Time of the test):	
Test durchgeführt durch (Name, Vorname): (Test conducted by (Surname, Forename)):	Dr. med. Eva-Maria Ansay

Vor-Ort Testung durch Betreiber (On-site-test by operator)	<input type="checkbox"/>	Betriebliche Testung (Employees test)	<input type="checkbox"/>	Testung durch Leistungserbringer i.S.d. § 6 Abs. 1 TestV (Test by service provider)	<input checked="" type="checkbox"/>
Testergebnis (Result of the test)		positiv (positive): <input type="checkbox"/>	negativ (negative): <input checked="" type="checkbox"/>		

Datum / Stempel testende Stelle / Unterschrift (Date / Stamp / Signature)

Dr. med. Eva-Maria Ansay
Alsterkamp 13, 20149 Hamburg
Email: dr.eva.ansay@arztepraxis.de
Tel: 0157-35562513

Hinweis: Dieser Testnachweis ist nur gültig bei Vorlage und Verifizierung von **amtlichem Lichtbildausweis, Testkassette** und **2 Fotos der Testkassette** mit eingeritztem Datum und Initialien VOR sowie NACH der Testung mit negativem Testergebnis. Die o.g. Person hat keine COVID-19 Symptome und ist nicht mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert, da sie einen negativen Antigen-Test gemacht hat unter meiner fachärztlichen Überwachung meiner Arztpraxis i.S.d. § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 TestV gemäß § 2 Nr. 7 SchAusnahmV. Ich bestätige, dass "die zugrundeliegende Testung durch In-vitro-Diagnostika erfolgt ist, die für den direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bestimmt sind und die auf Grund ihrer CE-Kennzeichnung oder auf Grund einer gemäß § 11 Absatz 1 des Medizinproduktegesetzes erteilten Sonderzulassung verkehrsfähig sind".

Note: This test certificate is valid only upon presentation and verification of official photo ID, test cassette and 2 photos of the test cassette with date and initials incised BEFORE and AFTER testing with negative test result. The above-mentioned person has no COVID-19 symptoms and is not infected with SARS-CoV-2, as he/she has taken a negative antigen test under my specialist medical supervision of my medical practice in the sense of § 6 para. 1 sentence 1 no. 3 TestV in accordance with § 2 no. 7 SchAusnahmV.