**Bescheinigung des TuS Vorwärts Augustfehn über die ordnungsgemäße Durchführung eines Corona-Selbsttests unter Aufsicht des erweiterten Vorstands oder einer beauftragten Person**

1. Bitte beachte, dass der Test eine Momentaufnahme ist und zusätzlich nur eine eingeschränkte Aussagekraft besitzt. Es ist möglich, dass trotz eines negativen Tests eine Infektion vorliegt. Die geltenden Abstands- und Hygieneregelungen sowie Regelungen zum Tragen von Mund-Nasen-Bedeckungen bzw. medizinischen Masken sind daher weiterhin zwingend einzuhalten.

**Getestet wurde**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vorname** | **Nachname** | **Geburtsdatum** | **Datum** | **Unterschrift** |
|  |  |  |  |  |
| **Uhrzeit** |
|  |
| **Verwendeter Test****🞏** BOSON Corona Schnelltest Selbsttest CE Zertifizierung CE0123Sonstiger BfArM zugelassener Selbsttest:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **🞏 Negatives Testergebnis** |
| **Das Ergebnis des Selbsttests ist negativ.**  |
| **🞏 Positives Testergebnis**  |
| **Das Ergebnis des o.a. Selbsttests ist positiv.**Es liegt der Verdacht auf eine SARS-CoV-2-Infektion vor. Begib Dich unverzüglich in häusliche Isolation, rufe Deine/n Ärztin/Arzt oder den Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst (Tel. 116 117) an und informiere den Hygienebeauftragten. Der Hygienebeauftragte ist verpflichtet, das Gesundheitsamt zu informieren. Der Übermittlung der Daten kann nicht widersprochen werden.  |

**Überwachendes Mitglied erweiterter Vorstand oder Beauftragte(r)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vorname** | **Nachname** | **Datum** | **Unterschrift** |
|  |  |  |  |

