

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

Datum:

Angaben zum Verantwortlichen

Name, Firmenname/ Vereinsname: _____

Anschrift: _____

Angaben zur getesteten Person

Name, Vorname: _____

vollständige Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Bezeichnung des verwendeten Antigen-Schnelltest

Name: _____

Hersteller: _____

Name der beaufsichtigenden Person: _____

Testdatum **und** Uhrzeit: _____ Uhr

Unterschrift der Aufsichtsperson

Testergebnis:

Positiv

Negativ

Hinweis:

Gemäß § 1 Absatz 4 Siebte SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung des Landes Brandenburg, darf der oder die Verantwortliche den Testnachweis ausschließlich zu dem nach dieser Verordnung vorgesehenen Zweck nutzen. Der Testnachweis ist für die Dauer von zwei Wochen unter Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorschriften aufzubewahren oder zu speichern und auf Verlangen an das zuständige Gesundheitsamt herauszugeben oder zu übermitteln; bei einem Testnachweis in verkörperter Form genügt die Aufbewahrung einer Kopie. Die oder der Verantwortliche hat sicherzustellen, dass eine Kenntnisnahme der Daten durch Unbefugte ausgeschlossen ist. Nach Ablauf der Aufbewahrungs- oder Speicherfrist ist der Testnachweis zu vernichten oder zu löschen.