



# BESTÄTIGUNG ÜBER DAS ERGEBNIS EINES KOLLEGIAL BEAUFSICHTIGTEN ANTIGEN-SELBSTTESTS ZUM NACHWEIS DES CORONAVIRUS SARS-COV-2

Lüneburg, den

Hiermit willigen wir in die Durchführung eines kollegial beaufsichtigten Antigen-Selbsttests zum Nachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 als getestete Person bzw. als beaufsichtigende Person ein und erklären, dass wir bei der Durchführung des Tests die Abstands- und Hygieneregeln der Universität einhalten.

---

**GETESTETE PERSON**Name  Einrichtung   
Vorname **TEST DURCHGEFÜHRT UNTER AUFSICHT VON**Name  Einrichtung   
Vorname 

---

**ANTIGENTEST-SCHNELLTEST / SELBSTTEST UNTER KOLLEGIALER AUFSICHT**Name des Tests  Testdatum   
Hersteller  Uhrzeit 

---

**TESTERGEBNIS** positiv  negativ

---

Datum Unterschrift getestete Person 

---

Datum Unterschrift beaufsichtigende Person 

- Bitte bewahren Sie das Ergebnis dieses Selbsttests für einen Zeitraum von drei Wochen bei der getesteten Person (nicht der beaufsichtigenden Person) als Nachweis für den Fall der Nachverfolgung möglicher Infektionsketten auf. Bitte vernichten Sie dieses Dokument nach Ablauf von drei Wochen.
- Bitte begeben Sie sich bei einem positiven Testergebnis unmittelbar in Selbstisolation. Bitte vermeiden Sie unmittelbare Kontakte und halten die Hygiene- und Infektionsschutzmaßnahmen strikt ein. Für die Mitteilung an das zuständige Gesundheitsamt ist die Meldepflicht nach §7 Abs. 4 der Niedersächsischen Corona-Verordnung zu beachten.