

MELDEFORMULAR für positive SARS-CoV-2-PoC-Antigenschnelltests

Nachweise von Krankheitserregern gemäß IfSG

Gesundheitsamt – vertraulich – 0152224444 <small>Telefon</small> <small>Fax</small> gesundheitsamt oberhausen <small>zuständiges Gesundheitsamt</small> tannenbergsr. 11-15 <small>Straße und Hausnummer</small> 46045 oberhausen <small>PLZ Ort</small>	Meldende Untersuchungsstelle CovTestApp <small>Untersuchungsstelle</small> 111333 <small>Teststellennummer</small> Gildenstr. 12 <small>Straße und Hausnummer</small> 46117 Oberhausen <small>PLZ Ort</small> Armend Zekjiri 015222444666 <small>Meldende Person Telefon</small> armendzekjiri@gmail.com 31 / 01 / 2022 <small>E-Mail Datum Tag Monat Jahr</small>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Patient/in
 Name, Vorname: Ejupiiii, Djenetaaaa ☐ Weiblich ☒ Männlich ☐ Divers Geburtsdatum: 01 / 10 / 1993
Tag Monat Jahr

 Hauptwohnsitz: Langemarkstr. 11, 46045 Oberhausenssasd
Straße und Hausnummer PLZ Ort

 Derzeitiger Aufenthaltsort:
(falls abweichend) Straße und Hausnummer PLZ Ort

 Handy-/Tel. Nr.: 015222493796

 E-Mail: armendzekjiri@gmail.com

 Ggf. weitere Kontaktdaten:

☒ **Nachweis von SARS-CoV-2 mittels PoC-Antigenschnelltest**

Testdatum: 31.01.2022
Untersuchungsmaterial: Safecare - BIOTECH (Covid-19 Antigen Rapid-Test)

PCR-Test veranlasst:
☐ Ja, erfolgt am:
☒ Nein, Weiterleitung der Patientin/des Patienten an: Zuständigen Hausarzt/Hausärztin