

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

Nachweise von Krankheitserregern gemäß IfSG

Gesundheitsamt – vertraulich – Telefon Fax zuständiges Gesundheitsamt Straße und Hausnummer PLZ Ort	Meldende Untersuchungsstelle Untersuchungsstelle Teststellenummer Straße und Hausnummer PLZ Ort Meldende Person Telefon E-Mail Datum: / / <div style="text-align: right; font-size: small;">Tag Monat Jahr</div>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Patient/in
 Name, Vorname: ☐ Weiblich ☐ Männlich ☐ Divers Geburtsdatum: / /

Tag Monat Jahr

 Hauptwohnsitz:

Straße und Hausnummer
PLZ
Ort

 Derzeitiger Aufenthaltsort:

(falls abweichend) Straße und Hausnummer
PLZ
Ort

 Handy-/Tel. Nr.:

 E-Mail:

 Ggf. weitere Kontaktdaten:

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

Testdatum:

Untersuchungsmaterial:

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