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

……
Teststellennummer

……
Straße und Hausnummer

…… ……
PLZ Ort

…… ……
Meldende Person Telefon

E-Mail …… Datum: …… / …… / ……..
Tag Monat Jahr

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: …….