**Meldeformular** - Vertraulich –  
**für Apotheken und Testzentren**

**COVID-19 PoC-Antigentest (Schnelltest)**

**Betroffene Person:** 🔿 weiblich 🔿 männlich 🔿 divers

Name: ........................................................................................................

Vorname: ...................................................................................................

Geburtsdatum: ...........................................................................................

Anschrift: ....................................................................................................

....................................................................................................

Telefonnummer: ........................................................................................

E-Mail-Adresse: ........................................................................................

**Labor:**

🔿 **Antigen-Schnelltest Ergebnis**: 🔿 positiv 🔿 negativ Probenentnahme am: ……………………

🔿 **Bestätigungs-PCR durchgeführt?** 🔿 Ja 🔿 Nein Probenentnahme am: ……………………

🔿 Hinweis auf Quarantäne als Verdachtsperson gem. Allgemeinverfügung Isolation erfolgt und Bescheinigung ausgestellt am: …………………

🔿 Hinweis auf Nachtestung mittels PCR-Test durch weiterbehandelnden Arzt oder Testzentrum erfolgt

**Impfstatus:**

**Gegen Sars-CoV-2 geimpft:** 🔿 Ja 🔿 Nein

Impfstoff:..................................................................................................

Datum 1. Impfung: …………………… Datum 2. Impfung: ……………………

**Infektionsquelle**

🔿 Kontakt zu einem Erkrankten mit nachgewiesener SARS-CoV-2-Infektion, Name des Erkrankten: ...................................................................

🔿Personhattekeinen wissentlichen Kontakt zu einem Erkrankten mit nachgewiesener SARS-CoV-2-Infektion

🔿 Reiseanamnese (Land/Zeitraum): .....................................................................................................................

**Wahrscheinliches Infektionsumfeld:**  
🔿 unklar 🔿 Arbeitsplatz 🔿 Bildungs- / Betreuungseinrichtung 🔿 Gesundheitseinrichtung

🔿 Privater Haushalt 🔿 Einzelhandel 🔿 Freizeit 🔿 Gastronomie

🔿 Veranstaltung 🔿 Transportmittel 🔿 Übernachtung 🔿 Wohnstätten

🔿 sonstiges ..............................................................................................................................................................................................................

**Betroffene Person ist**

im medizinischen Bereich (§ 23 Abs.3 bzw. 5 IfSG) 🔿 **tätig** 🔿 **betreut/untergebracht**

in Krankenhaus/stationärer Pflegeeinrichtung von: ………………………. bis: ……………………….

intensivmedizinische Behandlung von: ………………………. bis: ……………………….

in Einrichtungen und Unternehmen (§§ 33, 36 Abs.1 u. 2 IfSG) 🔿 **tätig** 🔿 **betreut/untergebracht**

🔿 Schule 🔿 Kita 🔿 Heim 🔿 Obdachlosenunterkunft 🔿 gemeinschaftliche Asylunterkunft

🔿 JVA 🔿 Pflegeheim 🔿 sonst. Massenunterkünfte …………………….…………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **unverzüglich zu melden an:** |  |  |  |  |
|  |  | |  | Meldende Einrichtung und Person  (Name, Adresse, Telefonnummer): |
|  | Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes: |  |
| Version 25.03.2021 | **Datum der Meldung:** | |  |
|  | |  |



