

**Meldeformular -Vertraulich-**  
Meldepflichtige Krankheit gemäß § 6 IfSG

Datum der  
Meldung:

(tt.mm.jjjj)

**Getestete Person:**

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

(tt.mm.jjjj)

(w / m / d)

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

(wenn vorhanden)

Art der Testung:

PoC-Antigen-Test zum Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2

Produktbezeichnung:

Testdatum:

(tt.mm.jjjj)

Ergebnis:

positiv

**Meldende Person:**

Name:

Vorname:

Anschrift:

(Einrichtung/Unternehmen)

Telefon:

E-Mail:

Die Diagnostik mittels PCR-Test (Nachtstung) wurde eingeleitet:

am:

(ja / nein)

(tt.mm.jjjj)

Name, Anschrift der beauftragten Einrichtung (Arztpraxis o.ä.):

**Die getestete Person wurde aufgefordert, sich unverzüglich in häusliche Quarantäne zu begeben bzw. es erfolgte eine Absonderung innerhalb der Einrichtung.**