

# Meldeformular gemäß §§ 6, 8, 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG) für einen positiven SARS-CoV-2 Antigen-Schnelltest /Selbsttest- Vertraulich –

## Angaben zur positiv getesteten Person (Meldefall)

Name, Vorname: _____ geb. am: __/__/____ Geschlecht: <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> divers Adresse (Hauptwohnsitz bzw. derzeitiger Aufenthaltsort) Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____ Telefon (Festnetz, mobil): _____ E-Mail: _____	<b>Status des Meldefalles in u.g. Einrichtung</b> <input type="checkbox"/> ist dort tätig <input type="checkbox"/> wird dort betreut <input type="checkbox"/> anderer Status: _____  Bürgertestung  <b>Datum der Meldung: __/__/____</b>
---	---

## Angaben zum SARS-CoV-2 Test

<input type="checkbox"/> <b>Positiver Antigen-Nachweis / PoC Test</b> Probennahme am __/__/____ Testsystem (Handelsname, Fa.): _____  Information über Notwendigkeit eines Bestätigungstest (PCR) wurde an den Meldefall weitergegeben: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Art der Testdurchführung</b> <input type="checkbox"/> Probennahme durch befähigte dritte Person <input type="checkbox"/> Selbsttest / Laientest unter Beaufsichtigung Dritter* <input type="checkbox"/> Selbsttest / Laientest <u>ohne</u> Beaufsichtigung Dritter* <input type="checkbox"/> Andere: _____
---	---

## Angaben zu Krankheitszeichen (soweit bekannt)

<b>Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) SARS-CoV-2</b> <input type="checkbox"/> Akute respiratorische Symptome jeder Schwere <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Halsschmerzen/-entzündung <input type="checkbox"/> Schnupfen, <input type="checkbox"/> Atemstörung (Dyspneu) <input type="checkbox"/> andere: _____  <input type="checkbox"/> Geruchs- und Geschmacksverlust/-störungen (neu aufgetreten) <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Lungenentzündung (Pneumonie) Erkrankungsbeginn: __/__/____ (frühestes Symptom)	<input type="checkbox"/> Keine Covid-19 kompatiblen Symptome erkennbar / asymptomatisch <input type="checkbox"/> zu Covid-19 kompatiblen Symptomen kann keine Aussage gemacht werden
---	---

## Angaben zum Covid-19 Impfstatus (soweit bekannt)

<input type="checkbox"/> Geimpft (Impfstoff _____) Datum der 1. Impfung: __/__/____ Datum der 2. Impfung: __/__/____ <input type="checkbox"/> Nicht geimpft <input type="checkbox"/> Impfstatus unbekannt
--

<b>► unverzüglich zu melden an:</b> Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:	<b>Meldende Person</b> (Name, Vorname, Adresse, Telefon.):	<b>Meldende Einrichtung</b> (Stempel):
--	---	--

\* Vertreterin / Vertreter der meldenden Einrichtung