**Meldeformular** -Vertraulich- Datum der Meldung: …........................

**Nachweis von Krankheitserregern gemäß § 7 IfSG**

🔿 **Positiver PoC-Antigen-Schnellest auf COVID-19**

Datum des Tests:

Name, des eingesetzten Testproduktes:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Meldende Person / Einrichtung**

(Name, Einrichtungsname, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)

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

(Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)

Geburtsdatum:

**Die betroffene Person ist im medizinischen Bereich nach § 23 Abs. 3 und 5 Infektionsschutzgesetz oder in Einrichtungen und Unternehmen nach § 36 Abs. 1 und 2 Infektionsschutzgesetz**

 🔿 **tätig** 🔿 **betreut/untergebracht.**

Zu den Einrichtungen nach § 23 Abs. 3 bzw. 5 IfSG und § 36 Abs. 1 u. 2 IfSG gehören u.a. voll- oder teilstationäre Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen und ambulante Pflegedienste; außerdem ambulante Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen.

**Unverzüglich an das zuständige Gesundheitsamt melden!**

**Die Kontaktdaten des zuständigen Gesundheitsamtes finden Sie hier:** [**https://tools.rki.de/PLZTool/**](https://tools.rki.de/PLZTool/)

Stand Formular: 30.11.2020