Labor-Meldeformular SARS-CoV-2 PoC-Antigen-Test

Nachweise von Krankheitserregern gemäß §§ 7, 8, 9 IfSG

gesundheitsamt@landkreis-goslar.de

Vertraulich

Gesundheitsamt Goslar

Heinrich-Pieper-Str. 9
Straße und Hausnummer

38640 PLZ **Goslar** Ort

05321/700880
Fax

Meldende Stelle:

..... Untersuchungsstelle

..... Straße und Hausnummer

|__|__|__|__|__| PLZ ..... Ort

..... Meldende Person ..... Telefonnummer

Datum |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| Tag Monat Jahr

Labordiagnostischer Untersuchungsbefund:

Krankheitserreger / Untersuchungsbefund:
SARS-CoV-2
(bitte eine Meldung pro Befund)

Untersuchungsmaterial: ***Nasen-/Rachenabstrich*** *(ggf. unzutreffendes streichen)* Eingangsdatum des Materials: |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| Tag Monat Jahr

Nachweismethode:

● Antigen-Nachweis PoC	
	Bezeichnung

Getestete Person:

❍ Mitarbeiter*in ❍ Patient*in/Bewohner*in ❍ Besucher*in

Name: ..... Vorname: ..... ❍ Männlich ❍ Weiblich

Geburtsdatum: |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| Tag Monat Jahr Telefonnummer: .....

Hauptwohnsitz: ..... Straße und Hausnummer |__|__|__|__|__| PLZ ..... Ort

Derzeitiger Aufenthaltsort,
falls abweichend: ..... Straße und Hausnummer |__|__|__|__|__| PLZ ..... Ort

Einsendende(s) Einrichtung / Unternehmen / Praxis:
falls abweichend von meldender Stelle

Name der Einrichtung: ..... Telefon: .....

Name der Ansprechperson: .....

Anschrift: ..... Straße und Hausnummer |__|__|__|__|__| PLZ ..... Ort

Ergänzende Angaben:

- Symptome: ❍ **ja** seit wann: |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| Tag Monat Jahr ❍ **nein**
- bei Mitarbeitenden: tätig als: .....
- bei Patienten/Bewohnern: Station / Wohnbereich: .....