

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:

**Antigen-Test zur Eigenanwendung durch Laien (Selbsttest) zum Nachweis
von SARS-CoV-2 gem. Sonderzulassung nach § 11 Medizinproduktegesetz**

Produktbezeichnung:

Testdatum: _____ **Ergebnis:** **positiv**
(tt.mm.jjjj)

Meldende Person:

Name: _____ **Vorname:** _____

Anschrift:
(Einrichtung/Unternehmen)

Telefon:

E-Mail:

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