

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

Angaben zur positiv getesteten Person (Meldefall)

<p>Name, Vorname: Schilgerlos , Lukas Miko geb. am: 30.11.2010</p> <p>Geschlecht: <input type="checkbox"/> weibl. <input checked="" type="checkbox"/> männl <input type="checkbox"/> divers</p> <p>Adresse <i>Hauptwohnsitz bzw. derzeitiger Aufenthaltsort</i></p> <p>Straße, Nr.: Oestringer Weg 126 PLZ ,Ort 49090 Osnabrück Telefon (Festnetz, mobil): 683708 E-Mail:</p>	<p>Status des Meldefalles in u.g. Einrichtung</p> <p><input type="checkbox"/> ist dort tätig</p> <p><input type="checkbox"/> wird dort betreut</p> <p><input type="checkbox"/> anderer Status: _____</p>
<p>Datum der Meldung: 18.03.2021</p>	

Angaben zum SARS-CoV-2 Test

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

Angaben zu Krankheitszeichen (soweit bekannt)

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

Angaben zum Covid-19 Impfstatus (soweit bekannt)

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

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

* Vertreterin / Vertreter der meldenden Einrichtung

Quelle: Niedersächsisches Landesgesundheitsamt - Roesebeckstr. 4-6 - 30449 Hannover - www.nlga.niedersachsen.de

Version 2021-03-10