

**Meldeformular -Vertraulich-**  
Meldepflichtige Krankheit gemäß § 6 IfSG

**Datum der  
Meldung:**  
(tt.mm.jjjj)

**Getestete Person:**

**Name:**

**Vorname:**

**Geburtsdatum:**

(tt.mm.jjjj)

**Geschlecht:**

(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:**

(tt.mm.jjjj)

**Ergebnis:**

**positiv**

**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.**