

# Antigen Schnelltestung CoVid

## Befundmitteilung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Anschrift mit PLZ:

\_\_\_\_\_

Ort/ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Durchführender: \_\_\_\_\_

Uhrzeit Beginn: \_\_\_\_\_

Befund vom Antigenschnelltest (Name Testsystem \_\_\_\_\_):

**ist negativ**

(eine Infektion kann trotzdem nicht hundertprozentig ausgeschlossen werden, bitte beachten Sie weiterhin die AHA+L Regeln)

**ist positiv**

(eine Infektion liegt sehr wahrscheinlich vor, bitte isolieren Sie sich sofort und veranlassen Sie eine PCR-Nachtestung über eine Teststelle).

Bei positivem Befund informieren Sie bitte umgehend Ihre / Ihren Fachvorgesetzten und beenden den Dienst. Bitte begeben Sie sich umgehend zu einer PCR-Teststelle zu einem PCR-Nachtest. Bei positiver Nachtestung wird das Gesundheitsamt durch die Teststelle informiert.

Ort/ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Durchführender: \_\_\_\_\_

**Stempel der Einrichtung**