

Labor-Meldeformular SARS-CoV-2 PoC-Antigen-Test
Nachweise von Krankheitserregern gemäß §§ 7, 8, 9 IfSG

infektionsschutz@Lkos.de

Vertraulich

**Gesundheitsdienst
für Landkreis und Stadt Osnabrück**

Postfach 2509

Straße und Hausnummer

49015

Osnabrück

PLZ

Ort

0541/501 - 4730

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

- PCR-Bestätigungstest: bereits veranlasst: ja nein

- bei Mitarbeitenden: tätig als:

- bei Patienten/Bewohnern: Station / Wohnbereich: