

# Meldung über Nachweis von SARS-CoV 2 mittels Antigen-Test (Nasen-Rachenabstrich)

Meldung an

Gesundheitsamt der Stadt Köln

Fax

0221 / 221 - 23553

## Patient/in

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht m  w

Adresse \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Testdatum \_\_\_\_\_

Bestätigungstest (PCR) durchgeführt Ja  Nein

beauftragtes Labor / Hausarzt Name \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Symptome Ja  Nein  seit dem: \_\_\_\_\_

## Arbeits- / Betreuungsverhältnis

Mitarbeiter  Bewohner / Betreute  Angehörige

amb. Pflege  stat. Pflege

Krankenhaus  Arztpraxis

KiTa  Schule

sonstige

Name der Einrichtung / Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Meldende Einrichtung \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Name des/der Meldenden \_\_\_\_\_