

Covid 19 -Schnelltestzentrum...(Name, Logo)  
(Methode: SARS-CoV-2 Antigen Test/PoC-Schnelltest)

Datum  
Uhrzeit

Bitte füllen Sie das Formular in Druckbuchstaben aus und zeigen es an der Kasse vor.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
(Pflichtfeld)

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Mobilnummer \_\_\_\_\_

Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Haben Sie Symptome?

**Ja**

**Nein**

Wenn **Ja**, welche? \_\_\_\_\_

Wie möchten Sie das Ergebnis erhalten?

**SMS/Telefon**

**E-Mail**

**Abholung**

(nur nach Rücksprache)

Datum/Unterschrift

---

Testergebnis:

**Negativ**

**Positiv**

**Ungültig**

**Wenn Sie ein positives Testergebnis erhalten:**

Das Ergebnis wird durch das **Testzentrum** an das Gesundheitsamt gemeldet!

Die positiv getestete Person wird über die Pflicht zur häuslichen Absonderung hingewiesen und soll bei Notwendigkeit ärztlicher Behandlung den Hausarzt kontaktieren.

Das **Gesundheitsamt** meldet sich bei der positiv getesteten Person.

---

Datum, Stempel Testzentrum

Name der meldenden Person