

Bitte per Fax an: 0561 787 1911

Gesundheitsamt  
Region Kassel

## Meldebogen: positiver PoC-Antigen-Test

### Meldende(r):

Name:

Anschrift:

Telefon und E-Mail

### Betroffene(r):

Nachname:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Adresse:	
E-Mail-Adresse:	
Telefonnummer mobil:	
Telefonnummer Festnetz:	
Kontakt zu Alten- und Pflegeheimen, ambulanten Pflegediensten, Krankenhäuser, Praxen, Schulen, Kindertageseinrichtung u.ä. (Bitte konkret benennen!)	

Antigen-Test wurde durchgeführt am:		Ergebnis:	positiv
Verwendeter Antigen-Test:			

Datum

Stempel

Unterschrift