



# ANTIGEN-SCHNELLTEST

symptomatischer Fall ohne Testung

## COVID-19 Meldung an die zuständige Gesundheitsbehörde

Datum:
Name:
Adresse:
Sozialversicherungsnummer:
E-Mail:
Handynummer:
Zuständige BH am Wohnort:

Es wird mitgeteilt, dass oben angeführte Person **Covid-19 Symptome** zeigt.

Eine Antigenschnelltestung wurde aus folgendem Grund nicht durchgeführt:

– keine Einverständniserklärung durch die Person/Erziehungsberechtigten

– Testung wird lt. Angaben der Person/Erziehungsberechtigten durch den eigenen Hausarzt durchgeführt

– sonstige Gründe: \_\_\_\_\_

.....  
Unterschrift Direktor/Direktorin

.....  
Ort, Datum