

Patient/in (Name, Vorname, Adresse): Geschlecht: weibl. männl.

geb. am:

Tel.:

E-Mail:

Meldeformular für Apotheken

- Vertraulich -

COVID-19 (Corona-Virus) Positiver Antigen-Nachweis – Schnelltest

SARS-CoV-2 Antigen nachgewiesen

Untersuchungsmaterial:

Rachenabstrich

Nasenabstrich

Rachen-Nasenabstrich

Sonstiges:

Testdatum:

Falls zutreffend, bitte weitere Angaben:

Symptombeginn:

Symptomatik

Fieber > 38,0 C° oder Schüttelfrost

Husten

Atemnot

Atembeschwerden

Durchfall

Pneumonie

Geruchs- und Geschmacksverlust

Sonstige:

Gegen diese Krankheit

Geimpft Nicht geimpft

Datum (letzte Impfung):

Anzahl Impfdosen:

Impfstoff:

Chargen-Nr.:

► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

Landratsamt Böblingen

Gesundheitsamt

Parkstraße 4

71034 Böblingen

Per Fax: 07031/663-1754

Per E-Mail: gesundheitsamt@lrabb.de

Meldende Person

(Apotheke, Adresse, Telefonnummer):

Datum der Meldung:

.....