

An das  
 Gesundheitsamt für die Stadt Darmstadt und den Landkreis Darmstadt-Dieburg  
 Niersteiner Straße 3  
 64295 Darmstadt

## Meldung eines positiven SARS-CoV-2-PCR-Tests

<u>Daten der meldenden Person:</u>	
Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Divers
Nachname, Vorname	
Geburtsdatum	
Telefonnummer E-Mail:	
Adresse	
Beruf / Arbeitgeber letzter Arbeitstag,	
Betreut als /wohnhaft in Name /Adresse der Einrichtung	<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Kita <input type="checkbox"/> Asylwohnheim <input type="checkbox"/> Pflege <input type="checkbox"/> ambul.Pflege
Testdatum	
Kontakt zu einem Erkrankten	Name: _____ Datum: _____
Kontakt zu Einrichtungen mit gefährdeten Personen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wann/wo
Reiserückkehrer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Land: _____
SARS-CoV-2 Impfung	Anzahl: _____ letzte Impfung am: _____ Impfstoff/e
Ich habe mich ab dem (Datum) abgesondert	
Sind bei Ihnen Krankheitszeichen aufgetreten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wann (Datum)?	
Welche Krankheitszeichen haben Sie festgestellt?	
Haben Sie Vorerkrankungen? Welche?	

\_\_\_\_\_  
 (Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
 (Unterschrift)

Bitte senden Sie dieses Formular möglichst per Email an: [corona@gesundheitsamt-dadi.de](mailto:corona@gesundheitsamt-dadi.de) alternativ können Sie das Formular auch per Fax an 06151 – 319134 oder per Post an die oben anagegebene Adresse senden