

Protokollierung einer PoC-Antigen-Schnelltestung

1. Angaben zum Testausführenden

Name, Vorname:	
Adäquate Schutzkleidung getragen?	<input type="checkbox"/> ja <input style="margin-left: 150px;" type="checkbox"/> nein

2. Angaben zur Testperson

Name, Vorname:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
Arbeits- oder Wohnbereich:	
Geburtsdatum:	
Krankenkasse:	
Symptome erkennbar:	<input type="checkbox"/> ja, welche <input style="margin-left: 150px;" type="checkbox"/> nein
Welche Symptome und seit wann?:	<input type="checkbox"/> Husten <input style="margin-left: 150px;" type="checkbox"/> Fieber: °C <input type="checkbox"/> Schnupfen <input style="margin-left: 150px;" type="checkbox"/> Störung des Geruchs- und/oder Geschmackssinns*
Wurde die Testperson oder sein Vertreter über die Maßnahme aufgeklärt?	<input type="checkbox"/> ja <input style="margin-left: 150px;" type="checkbox"/> nein
Stimmt die Testperson oder sein Vertreter zu?	<input type="checkbox"/> ja <input style="margin-left: 150px;" type="checkbox"/> nein

3. Angaben zum Testablauf mit Ergebnis

1. Testdurchlauf mit Datum und Ergebnis:	<input type="checkbox"/> positiv <input style="margin-left: 150px;" type="checkbox"/> negativ
2. Testdurchlauf mit Datum und Ergebnis:	<input type="checkbox"/> positiv <input style="margin-left: 150px;" type="checkbox"/> negativ
3. Testdurchlauf mit Datum und Ergebnis:	<input type="checkbox"/> positiv <input style="margin-left: 150px;" type="checkbox"/> negativ

4. Angaben zu Folgemaßnahmen

Meldung an das zuständige Gesundheitsamt erfolgt?	<input type="checkbox"/> ja <input style="margin-left: 150px;" type="checkbox"/> nein
Datum der Meldung:	

5. Unterschriften als Bestätigung der Richtigkeit

Ort und Datum der Maßnahme

Unterschrift des Testausführenden

Unterschrift der Testperson