

Aufnahmeblatt **PoC-Antigen Schnelltest** - **PCR-Test** in NM ab 11.10.2021

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Datum + Uhrzeit des Testes _____

Art des Testes **PoC-Antigentest** - CLINITEST Rapid COVID-19 Antigen Test, SIEMENS Healthineers

PCR-Test – Labor SYNLAB Weiden

Ergebnis des Testes **PoC-Antigentest** negativ positiv

Mitteilungsweg des Testergebnisses **PoC-Antigentest** PLACELOGG-APP Ausdruck

PCR-Test Laborergebnis.de-APP

Meldung an das Gesundheitsamt bei positivem Testergebnis wird automatisch über **PLACELOGG** bzw.

Labor SYNLAB übermittelt

Testgrund	§2 Kontaktperson (<u>Nachweis: ID-Nr GA, oder Warnmeldung Corona Warnapp</u>)
	§3 Ausbruch (<u>Nachweis: ID-Nr GA, Bestätigung des Arztes</u>)
	§ 4 Personen die auf REHA, Kur gehen (<u>Nachweis: Bestätigung der Einrichtung</u>)

§4a Kinder bis zum vollendeten 12.LJ, oder solche, die in den letzten 3 Monaten vor der Testung das 12.LJ vollendet haben
§4a Personen mit ärztlichem Zeugnis über medizinische KI oder solche, bei denen in den letzten 3 Monaten vor der Testung eine KI vorlag (<u>Nachweis: Bestätigung des Arztes</u>)
§4a Personen bis zum vollendeten 18.LJ (bis 31.12.2021) <u>Nachweis: Kinderausweis, Reisepass, Schülerschein</u> , Schwangere sowie Studierende (<u>Nachweis: Mutterpass, Immatrikulationsbescheinigung</u>), die mit einem anderen als vom Paul-Ehrlich-Institut zugelassenen Impfstoff geimpft wurden (<u>Nachweis: Impfbogen, Impfbuch, CovPass APP</u>), stillende Mütter (<u>Nachweis: Bestätigung des Arztes</u>)
§4a Personen die an klinischen Studien teilnehmen oder in den letzten 3 Monaten vor der Testung an solchen teilgenommen haben (<u>Nachweis: Bescheinigung der Studie</u>)
§4a Personen mit nachgewiesener Infektion zur Aufhebung der Absonderung (<u>Nachweis: ID-Nr GA, oder ein positives PCR-Testergebnis, das maximal 21 Tage zurückliegt</u>)
Zusätzliche bayerische Regelung:
a. Testung von Besuchern von Pflegeeinrichtungen und Behinderteneinrichtungen – NUR PoC-Antigenschnelltest (<u>Nachweis: Bestätigung der Einrichtung</u>)
b. Testung von Beschäftigten von Pflegeeinrichtungen und Behinderteneinrichtungen – PoC-Antigenschnelltest und PCR-Test (<u>Nachweis: Bestätigung der Einrichtung, Arbeitsvertrag</u>)
c. Testungen von leicht symptomatischen Kindern (Schnupfenkindern)
d. Testung von Studierenden (bis 30.11.2021) – NUR PoC-Antigenschnelltest (<u>Nachweis: Immatrikulationsbescheinigung</u>)

Unterschrift der getesteten Person, bzw. Erziehungsberechtigter _____

Nachweise der zu testenden Personen gesehen

Name des Mitarbeiters _____ Handzeichen des Mitarbeiters _____