

## Corona-Antigen-Test

Untersuchungstag:	
Name:	Vorname:
Geb.datum:	Abteilung:

**Ich bin über den Corona-Antigen-Test zum direkten SARS-CoV-2-Nachweis informiert und erkläre mich damit einverstanden, dass der Test mittels eines Nasen-/Rachenabstrichs bei mir durchgeführt wird und das Testergebnis (negativ/positiv) berechtigten Personen (s.u.) mitgeteilt werden darf. Ich selbst werde ggf. nur für den Fall eines positiven Testergebnisses informiert.**

Unterschrift:

### Fragen vor dem Test

- Sind/waren Sie an COVID-19 erkrankt?  Ja  Nein
- Hatten Sie Kontakt zu COVID-19 positiv getesteten Personen?  Ja  Nein
- Lebt eine positiv getestete Person im gemeinsamen Haushalt?  Ja  Nein
- Waren Sie in häuslicher Quarantäne?  Ja  Nein

### Haben oder hatten Sie in den letzten Wochen COVID-19-typische Symptome wie

- |                                |   |                  |                  |
|--------------------------------|---|------------------|------------------|
| Fieber?                        | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Seit wann? _____ | Wie lange? _____ |
| Geruchs- und Geschmackstörung? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Seit wann? _____ | Wie lange? _____ |
| Schnupfen?                     | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Seit wann? _____ | Wie lange? _____ |
| Halsschmerzen?                 | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Seit wann? _____ | Wie lange? _____ |
| Husten?                        | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Seit wann? _____ | Wie lange? _____ |
| Luftprobleme/Atemnot?          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Seit wann? _____ | Wie lange? _____ |
| Muskel- und Gliederschmerzen?  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Seit wann? _____ | Wie lange? _____ |
| Abgeschlagenheit & Schwäche?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Seit wann? _____ | Wie lange? _____ |

Sonstige:

### Bestehen bei Ihnen folgende Risikofaktoren für COVID-19 oder entsprechende Vorerkrankungen?

- Alter über 60 Jahre?  Ja  Nein
- Raucher?  Ja  Nein
- Atemwegserkrankungen (chronische Bronchitis, COPD, Asthma)?  Ja  Nein
- Herz-Kreislaufkrankungen (KHK, Herzschwäche, Herzfehler, Bluthochdruck)?  Ja  Nein
- Übergewicht (Adipositas)  Ja  Nein
- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)  Ja  Nein
- Erkrankungen des Blutes/Knochenmarks (z.B. Leukämie)  Ja  Nein
- Erkrankungen des Immunsystems?  Ja  Nein
- Nehmen Sie Medikamente ein, welche das Immunsystem unterdrücken, z.B. Immunsuppressiva, Cortison, Methotrexat, Chemotherapeutika etc.?  Ja  Nein

Sonstige:

## Corona-Antigen-Test

Untersuchungstag:	
Name:	Vorname:
Geb.datum:	Abteilung:

### Testergebnis

SARS-CoV-2-Antigen negativ <input type="checkbox"/>	SARS-CoV-2-Antigen positiv <input type="checkbox"/>
---	---

**Panbio COVID-19 Antigen-Schnelltest (Fa. Abbott):** Sensitivität 98,2% (Ct-Wert < 0,33) und Spezifität 99,4%. Ein Ct-Wert < 0,33 beweist sicher eine Infektion mit SARS-CoV-2.

**Laut Vereinbarung werden dem Mitarbeiter nur ein ggf. positives Testergebnis mitgeteilt, d.h. dass keine Mitteilung einem negativen Testergebnis entspricht.**

**Antigen negativ:** Kein Antigen gegen SARS-CoV-2-Virus, also **kein direkter Virusnachweis SARS-CoV-2** und somit auch kein Hinweis für eine COVID-19-Erkrankung. Ein negatives Testergebnis schließt allerdings eine sehr frühe Infektion mit SARS-CoV-2 (Tag 1-3) nicht sicher aus, da möglicherweise noch zu wenig Virusmaterial gewonnen werden konnte (wie bei jeder sonstigen Infektion vergehen dafür einige Tage). Eine Aussage darüber ist nur in Verbindung mit der Anamnese sowie der aktuellen Symptomatik möglich.

**Antigen positiv:** Hinweis für eine aktuell vorliegende **Infektion mit SARS-CoV-2**. Zur Sicherung der Diagnose muss dringend noch ein **Kontroll-Nasen-/Rachenabstrich für einen RT-PCR-Test** durchgeführt werden (Kosten zu Lasten des ÖGD/GKV). Bei positiver Befundbestätigung muss die Infektion mit SARS-CoV-2 bzw. die Erkrankung an COVID-19 bestätigt werden. Betroffene Personen müssen sich bis zum Vorliegen des endgültigen Befundes in eine strikte **häusliche Quarantäne** begeben und Kontakte mit anderen Personen auf ein Minimum beschränken. Die allgemein üblichen **AHA-Regeln (Abstand-Hygiene-Alltagsmaske)** sind strengstens einzuhalten.

- Bitte melden Sie sich bei einem positiven Testergebnis bei uns oder alternativ bei Ihrem Hausarzt, um den Befund persönlich mit Ihnen zu besprechen.
- Generell gilt: Bleiben Sie bei den für COVID-19 typischen Symptomen, v.a. Fieber, Riech- und Geschmackstörung, Husten und Atemnot zuhause, informieren Ihren Vorgesetzten und kontaktieren Sie Ihren Hausarzt!
- Befolgen Sie weiterhin strikt die geltenden Abstands-, Kontakt- und Hygieneregeln, um eine Übertragung des SARS-CoV-2-Virus zu vermeiden!

Wir wollen, dass Sie gesund bleiben!

Ihr ERGOMED-Team

Anmerkung: O.g. Mitarbeiter hat mit seiner Unterschrift bestätigt, mit der Weitergabe dieses Befundes an sonstige berechnigte Personen (Arbeitgeber, Kunden, Behörden, Ärzte etc.) einverstanden zu sein.