

## Meldung von Coronavirus-Infektionen

**Wichtiger Hinweis:** Keine Kostenübernahme der Sars-CoV-2-Testungen durch die BGW bei Screenings oder Testungen, die aus Gründen des Patienten- und Mitarbeiterschutzes oder der allgemeinen Gefahrenabwehr entstehen. Eine Kostenübernahme ist nur möglich nach direktem Kontakt zu infizierten Personen sowie danach auftretenden typischen Krankheitssymptomen.

Unternehmen: \_\_\_\_\_

(ggf. Abteilung/Unternehmensteil): \_\_\_\_\_

Mitglieds-Nummer: \_\_\_\_\_

Um neue Zeilen anzulegen, drücken Sie bitte in der letzten Zeile im letzten Feld der Tabelle die Tab-Taste.

Name	Vorname	Geb.-Datum	Anschrift (Straße, PLZ, Ort) und Telefonnr.	Arbeitsbereich (Praxis/Station/Abteilung)	Tätigkeit/Beruf	Art der Testung, Zeitpunkt	Ergebnis (pos./neg.)	Arbeitsunfähigkeit von bis? ggf. laufend?	Stationäre Behandlung? Ja/Nein	Infektionsquelle/ Indexperson (Initialen, Geb.-Datum und Kontaktzeitraum)

## Meldung von Coronavirus-Infektionen

**Wichtiger Hinweis:** Keine Kostenübernahme der Sars-CoV-2-Testungen durch die BGW bei Screenings oder Testungen, die aus Gründen des Patienten- und Mitarbeiterschutzes oder der allgemeinen Gefahrenabwehr entstehen. Eine Kostenübernahme ist nur möglich nach direktem Kontakt zu infizierten Personen sowie danach auftretenden typischen Krankheitssymptomen.

Um neue Zeilen anzulegen, drücken Sie bitte in der letzten Zeile im letzten Feld der Tabelle die Tab-Taste.

Name	Vorname	Geb.-Datum	Anschrift (Straße, PLZ, Ort) und Telefonnr.	Arbeitsbereich (Praxis/Station/Abteilung)	Tätigkeit/Beruf	Art der Testung, Zeitpunkt	Ergebnis (pos./neg.)	Arbeitsunfähigkeit von bis? ggf. laufend?	Stationäre Behandlung? Ja/Nein	Infektionsquelle/Indexperson (Initialen, Geb.-Datum und Kontaktzeitraum)

## Meldung von Coronavirus-Infektionen

**Wichtiger Hinweis:** Keine Kostenübernahme der Sars-CoV-2-Testungen durch die BGW bei Screenings oder Testungen, die aus Gründen des Patienten- und Mitarbeiterschutzes oder der allgemeinen Gefahrenabwehr entstehen. Eine Kostenübernahme ist nur möglich nach direktem Kontakt zu infizierten Personen sowie danach auftretenden typischen Krankheitssymptomen.

Ansprechpartner im Unternehmen/Telefonnummer:

---

Betriebsarzt (Name, Anschrift, Telefonnummer):

---

Zuständiges Gesundheitsamt (Ansprechpartner/Telefonnummer):

---

---

Ort, Datum

---

Unterschrift