**Testkonzept für Mitarbeiter/innen**

|  |  |
| --- | --- |
|  |   |
| **Name des Betriebes** |
|  |
|  |   |
| **Adresse** |
|  |
|  |   |
| **Inhaber/verantwortliche Person** |
|  |
|  |   |
| **Telefon****Fax****E-Mail** |
|  |
|  |   |
| **Anzahl der** **Mitarbeiter/innen** |
|  |
|  |   |
| **Zuständigkeit für die Dokumentation des Test der Mitarbeiter/innen** |
|
|
|  |
| **Testintervall****(mindestens 1 x wöchentlich)** | **⬜ 1 x wöchentlich ⬜ 2 x wöchentlich****⬜ 3 x wöchentlich ⬜ 4 x wöchentlich****⬜ 5 x wöchentlich** |
|  |  |   |
| **Art des Tests** | **⬜ Selbsttest** |  |
| **⬜ PoC-Antigen-Schnelltest****⬜ PCR-Test** |   |
|   |   |  |
| **Abfallentsorgung** | **reißfestes, feuchtigkeitsbeständiges und dichtes Behältnis (z.B. dickwandiger Müllsack), bevorzugt mit Doppelsack-Methode** |
|