**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** | |
|