

Testart:

Antigen-Schnelltest

PCR

Testgründe:

eigenes Interesse (Reise etc.)

Quarantäne/ Kontakttracing

Symptome

PCR Bestätigungsanalyse

Covid-Zertifikat:

Papier

App

Transfer-Code:

Symptombeschreibung: (seit mehr als 4 Tagen: Ja / Nein)

Schnupfen Husten Halsschmerzen

Fieber Atemnot Verlust Geruch- /Geschmackssinn

Übelkeit Durchfall Müdigkeit, allgemeine Schwäche

Kopfschmerzen Muskelschmerzen andere Symptome: _____

Ein- und Ausschlusskriterien:

1. Haben Sie Vorerkrankungen? Medikamente? Sind Sie schwanger? Ja Nein
 (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Gerinnungsleiden, Atemwegserkrankungen, Krebs, Adipositas, Leber- oder Nierenerkrankung, etc.)

2. Arbeiten Sie im Gesundheitswesen mit direktem Patientenkontakt? Ja Nein

3. Hatten Sie kürzlich eine Nasenoperation, haben Sie eine Nasenscheidewandverkrümmung oder chronisch verengte Nasengänge? Ja Nein

4. Sind Sie bereits vollständig gegen Covid-19 geimpft? Ja Nein

Kundendossier-Etikette:

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

PLZ/Ort:.....

Telefonnummer:

E-Mail:.....

.....

Krankenkasse.....

Krankenkassen-Kartenummer:
 80756.....

Aufklärung & Einwilligung:

Mit der Unterschrift wird folgendes bestätigt, resp. akzeptiert:

Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben

Einwilligung zur Datenbearbeitung

Einwilligung zur Probeentnahme und Testdurchführung

Datum: _____

Unterschrift: _____

Von der Apotheke auszufüllen

Abrechnung:

Selbstzahler Kostenübernahme durch Krankenkasse

Testdokumentation:

Testkit Durchf. Mitarb: _____

Entnahmedatum: _____ Uhrzeit: _____

Testresultat:

positiv PCR-Bestätigungsanalyse nötig → Uhrzeit: _____

negativ Covid-Zertifikat erstellt Befundblatt erstellt

Mitteilung Testresultat an getestete Person (Papier / in Covid-App) Uhrzeit: _____

Meldung an BAG am: _____ um: _____