

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Beruf _____

Mobiltelefon _____

Bringen Sie bitte diesen Fragebogen ausgefüllt zum Abstrich-Termin mit. Denken Sie bitte auch an Ihre Versichertenkarte und unbedingt die ausgefüllte Datenschutzerklärung!

Nur im Falle eines Corona-positiven Befundes erhalten Sie von uns umgehend telefonisch Rückmeldung (bitte dafür die Mobil-Telefonnummer auf dem Fragebogen unbedingt angeben).

Bei **unauffälligem** Befund erfolgt **KEINE** Mitteilung.

Bitte kreuzen Sie unter den Punkten 1.) – 9.) den Grund für den Abstrich an

1. Ich habe Angst mich mit Corona infiziert zu haben.

2. Ich hatte Kontakt zu einer Corona-positiv getesteten Person

Am _____ über die Dauer von _____ Min / _____ Std.

mit _____ Metern Nähe / Distanz, draußen in einem geschlossenen Raum

Ich hatte einen Mund-Nasen-Schutz auf die infizierte Kontaktperson auch

Laut meiner Corona-Warn-App hatte ich Kontakt zu einer infizierten Person

Ein Abstrich ist erst fünf Tage nach Kontakt sinnvoll / aussagekräftig!

3. Ich bin aus einem RKI-Risikogebiet eingereist, dieses ist _____

Bitte Nachweis des Auslandsaufenthaltes vorlegen!

4. Ich habe einen Berechtigungsschein des Gesundheitsamts für einen Abstrich.

5. Ich bin berufstätig im medizinischen Bereich / Pflege

Beschäftigungsnachweis zeigen!

6. Ich brauche einen Abstrich zum Nachweis der CoV19-Infektfreiheit vor Aufnahme in eine Einrichtung, wie Krankenhaus, Reha etc.

Anforderung der Einrichtung vorlegen!

Name, Vorname _____

7. Ich habe Beschwerden seit _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> schwer
Geschmacks- oder Geruchsstörungen, Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> schwer
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> schwer
Schnupfen	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> schwer
Husten / Atemnot	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> schwer
Ohrenschmerzen	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> schwer
Erbrechen	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> schwer
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> schwer
Durchfall	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> schwer
Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> schwer
Hautausschlag	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> schwer
Fieber	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
(wenn ja, wie hoch war die gemessene Temperatur):	Temperatur _____ °C	

8. Ich benötige eine Krankmeldung (Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung)

9. Ich benötige einen PCR-Abstrich zum Nachweis einer CoV19-Infektfreiheit für eine Reise ins Ausland

Ergebnis in 1-5 Tagen (Versand an Fremdlabor) Selbstzahler-Kosten **100,- €**

Ergebnis in ca. 3 Std. (PCR-Analyse Fa. bioMerieux) Selbstzahler-Kosten: **373,- €**

(Kosten werden auch von privater Krankenkasse übernommen)

Ort, Datum

Unterschrift