

Name, Vorname, _____ Geburtsdatum _____

Beruf _____

Mobiltelefon _____

Bringen Sie bitte diesen Fragebogen ausgefüllt zum Abstrich-Termin mit und bitte auch 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.

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

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

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

5. Ich bin berufstätig im medizinischem 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) vom Arzt

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

Ergebnis in 24-48 Std. (Versand an Fremdlabor)

Selbstzahler-Kosten **70,- €**

Ort, Datum

Unterschrift