

Anmeldung Covid -19 - Abstrich



Bitte bringen Sie dieses Formular ausgedruckt zur Testcenter mit!

Name:	
(unter18 Jahre bitte auch die Angaben der Eltern notieren)	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Geschlecht:	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>
Strasse / Nummer:	
PLZ / Ort:	
Mobile für SMS-Versand:	
Hausarzt / Ort:	
Krankenkasse:	
SwissCovid App <input type="checkbox"/>	Contact-Tracing des Kantons <input type="checkbox"/>
Hausarzt <input type="checkbox"/>	Reise <input type="checkbox"/>
Arbeitgeber (Firma / Ort) <input type="checkbox"/>	Andere <input type="checkbox"/>
selber <input type="checkbox"/>	

- Gerne machen wir Sie darauf aufmerksam, dass wir im Normalfall direkt mit Ihrer Krankenkasse abrechnen (Ausnahme Assura, Sanagate, SKKL). Wir behalten es uns vor unbezahlte Rechnungen an das Inkasso zu schicken.

Datum, Unterschrift:

Wird vom Personal ausgefüllt:

ID-Nummer	
Sauerstoffsättigung	
Temperatur	
BB, CRP	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Abstrich	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>