

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: | |
| E-Mail: | |
| Krankenkasse: | |
| Wer schickt sie? | |
| 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(symptome) <input type="checkbox"/> | |

- Gerne machen wir Sie darauf aufmerksam, dass wir im Normalfall direkt mit Ihrer Krankenkasse abrechnen (Ausnahme Assura, Sanagate, SKKL).
- Termine, welche nicht wahrgenommen werden können, müssen mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Für unentschuldigtes oder zu spätes Abmelden erlauben wir uns, Ihnen eine Rechnung von 50 Franken zuzustellen.

Ich habe alle Daten wahrheitsgerecht ausgefüllt und die obenstehenden Informationen zur Kenntnis genommen.

Datum, Unterschrift Patient:

Wird vom Personal ausgefüllt:

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