



NAME, Vorname _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Hausarzt: _____

Vor dem Abstrich: Bitte nicht rauchen +++ keinen Kaugummi kauen +++ kein Bonbon lutschen !!!

Weitenung,

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Vorstellungsgrund:

I. Krankheitssymptome:

Nein

- | | | |
|-------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Ja, und zwar: | <input type="radio"/> Husten | <input type="radio"/> Durchfall |
| | <input type="radio"/> Fieber (über 38,5°C) | <input type="radio"/> Geruchsverlust |
| | <input type="radio"/> Fließschnupfen | <input type="radio"/> Halsschmerzen |
| | <input type="radio"/> verstopfte Nase | <input type="radio"/> Kopfschmerzen |
| | <input type="radio"/> Übelkeit | <input type="radio"/> Erbrechen |

Wurden Sie geimpft? Nein Ja, am mit:

Wurden Sie getestet? Nein Ja, am
PCR-Test Schnelltest Ergebnis positiv negativ

Und/ Kontakt zu einer im Labor bestätigten COVID-19-positiv getesteten Person in
 Familie Beruf Sonstiges

oder

Wann war der letzte Kontakt zu dieser Person:

II. Warnung Corona-App (Meldung „erhöhtes Risiko“)

Nach Aufforderung durch das Gesundheitsamt

a) Reiserückkehrer

Reiseland:

Einreise nach Deutschland (Datum):

- weniger als 72 H vor Testung
 Mehr als 72 H vor Testung

b) Vor Aufnahme in eine Pflege-/ Behinderteneinrichtung

c) Erweiterte Teststrategie Land:

- Lehrer
 Sonstiges

d) Privates Interesse (Selbstzahlerleistung)

Relevante Vorerkrankungen:

- COPD Asthma Diabetes Rheuma Krebsleiden art. Hypertonie
 Schlaganfall/ Apoplexie KHK/ nach Myokardinfarkt

Sonstiges:

Allergien:

