
Name Vorname Geburtsdatum Telefon (Festnetz und Handy) E-Mail Adresse

Hausarzt (O Dr. Galan): _____ O Kontakt zu positiv getesteter Person: Wann?/Name der Person: _____

- Ich**
- gehöre zur Risikogruppe bzw. habe regelm. Kontakt zu Risiko-Patienten
 - arbeite in Praxis, Krankenhaus, Pflegedienst o.ä.
 - hatte kürzlich oder habe bald Kontakt zu vielen Personen
 - war kürzlich bei Veranstaltung ohne richtigen Abstand/Lüftung
 - habe im Umfeld andere erkältete Menschen
 - vor über 4 Tagen aus **Ausland zurück: Ankunftsdatum** _____

- SYMPTOME**
- ein oder mehrere leichte Symptome (Schnupfen / Husten / Halsweh / Übelkeit/Durchfall / Kopf-/Gliederschmerzen)
 - Beginn: Atemnot Fieber (höchste gemessene Temp:)
 - Probleme mit Geruchs- oder Geschmacksinn Symptome sind schlimmer geworden

- O KONTAKTPERSON KATEGORIE 1 :**
- Ich wurde vom Gesundheitsamt bzw. vom Arzt der o.g. Kontaktperson als Kontakt der Kategorie 1 eingestuft und soll mich testen lassen.** In den letzten 10 Tagen:
- über 15 Minuten face-to-face – Kontakt
 - mit o.g. Person zusammen gewohnt
 - in Räumen engen Kontakt mit Sport/Gesang/Tanz
 - in Räumen engen Kontakt >30 Min (z.B. Schulklasse, Veranstaltung etc.)
 - o.g. Person behandelt/gepflegt/betreut

O TEST VOR STATIONÄRER AUFNAHME wird von der Pflege- oder Reha-Einrichtung bzw. vom Krankenhaus verlangt.

- O WUNSCHLEISTUNG**
- Ich weiß, dass ich die Kosten für einen Schnelltest weder von meiner Krankenkasse noch vom Land erstatte kriege.
- O Ich wünsche und bezahle einen Antigen-Schnelltest (a 32,49 Euro)**

Über das Prozedere (Rachen-Abstrichuntersuchung auf SARS-COV2), ggf. Kontrollabstrichs, der Ergebnismitteilung per Online-Abruf/evtl Corona-Warn-APP und Folgen eines positiven Ergebnisses wurde ich aufgeklärt und bin einverstanden. **Bis zum Erhalt des Ergebnisses bleibe ich zuhause und vermeide Kontakte.** Mit einer Weitergabe meiner persönlichen Daten sowie aller SARS-COV2 betreffenden Informationen an das Gesundheitsamt sowie an andere Ärzte und medizinischen Einrichtungen bin ich ebenfalls einverstanden.

Datum: . _____ Unterschrift: _____