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

Hausarzt (O Dr. Galan): _____ O ich arbeite/werde betreut in Kita/Schule/Heim o.ä., wo: _____

- Ich** habe keine der unten genannten Symptome und wünsche einen **kostenlosen Schnelltest**
- ein Selbsttest hat bei mir ein positives Ergebnis angezeigt – ich komme zur weiteren Abklärung

- 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

- Ich wurde als enge Kontaktperson benannt und soll mich testen lassen.**

Name der positiv getesteten Person: _____

- TEST VOR STATIONÄRER AUFNAHME** Einrichtung:.....

- WUNSCHLEISTUNG** Ich weiß, dass ich die Kosten für einen Schnelltest weder von meiner Krankenkasse noch vom Land erstatte kriege.

Ich wünsche und bezahle einen Antigen-Schnelltest (a 19,09 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: _____