

\_\_\_\_\_  
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**  wünsche einen **kostenlosen Schnelltest** und wurde in dieser Woche noch nicht anderweitig getestet. Ich habe keine der unten genannten Symptome.  
 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

- KONTAKTPERSON KATEGORIE 1 : Name der positiv getesteten Person:** \_\_\_\_\_  
**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

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

- 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 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: \_\_\_\_\_