

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

**Versichertenkarte dabei ?** sonst: Straße \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Hausarzt (O Praxis Dr. Galan): \_\_\_\_\_

SYMPTOME

- Husten
- Schnupfen
- Halsschmerzen
- Übelkeit/Durchfall
- Kopf-/Gliederschmerzen
- Probleme mit Geruch/Geschmack
- Fieber, höchste gemessene Temp: .....

Beginn der Beschwerden: .....

**KONTAKT zu positiv getesteter Person in Dekan-Ernst-Schule**

**Ich wurde vom Gesundheitsamt bzw. der Schule als Kontaktperson eingestuft und mir wurde ein Test auf Corona angeboten.**

**Ich fühle mich gesund und habe keiner der links unter Symptome genannten Beschwerden.**

*(Es wird ein PCR-Test durchgeführt. Auch ein negatives Ergebnis verkürzt leider nicht eine vom Gesundheitsamt angeordnete Quarantäne.*

*Das Ergebnis erhalten Sie nach 1 - 2 Tagen mit dem von uns ausgegebenen Code im Internet !  
Wenn Sie im Vorfeld Fragen haben, schreiben Sie bitte eine E-Mail an [mail@galan.info](mailto:mail@galan.info) )*

Über das Prozedere (Rachen-Abstrichuntersuchung auf SARS-COV2), ggf. Kontrollabstrichs, der Ergebnismitteilung per E-Mail und evtl Corona-Warn-APP und Folgen eines positiven Ergebnisses wurde ich aufgeklärt und bin einverstanden. **Über die Quarantäne wurde ich vom Gesundheitsamt informiert.** 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: \_\_\_\_\_