
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:: _____

SYMPTOME O ein oder mehrere leichte Symptome (Schnupfen / Husten / Halsweh / Übelkeit/Durchfall / Kopf-/Gliederschmerzen)
Beginn: O Atemnot
O Fieber (höchste gemessene Temp:)
.....2022 O Probleme mit Geruchs- oder Geschmacksinn

Für kostenlose Bürgertests oder ermäßigte 3,00 Euro-Schnelltests wenden Sie sich bitte an ein Schnelltest-Zentrum !!!

Wir führen diese Tests NICHT durch !

PCR-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 14,57 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: _____