

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Telefonnummer

\_\_\_\_\_

E - mail

## KONTAKTPERSONEN TESTUNG bei positivem Fall in .....

(Name der Schule, Kindergarten, Einrichtung mit Ort)

### SYMPTOME

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

Beginn der Beschwerden: .....

### KONTAKT zu positiv getesteter Person

**Ich wurde vom Gesundheitsamt/Schule/Einrichtung als Kontaktperson eingestuft und ein Test auf Corona angeboten.**

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

*Es wird ein PCR-Testabstrich aus dem Rachen entnommen und an das Labor geschickt. Bis zum Erhalt des Ergebnisses wird es zirka 2 Tage dauern. Sie können das Ergebnis online abrufen. Auch ein negatives Ergebnis verkürzt für ungeimpfte Personen leider nicht eine vom Gesundheitsamt angeordnete Quarantäne.*

*Wenn Sie im Vorfeld Fragen zum organisatorischen Ablauf haben, schreiben Sie bitte eine E-Mail an [mail@galan.info](mailto:mail@galan.info)). **Fragen zur Quarantänedauer, Quarantäne und Folgen für die Familie bitte an das Gesundheitsamt stellen !!!***

**Bitte rufen Sie NICHT in der Praxis an !**

*Bei so vielen Personen können wir das nicht leisten.*

Über das Prozedere (Rachen-Abstrichuntersuchung auf SARS-COV2), Ergebnismitteilung per Telefon/E-Mail und evtl online/Corona-Warn-APP wurde ich informiert 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: \_\_\_\_\_