

\_\_\_\_\_  
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 im Kiga Isenach**

**Ich wurde vom Gesundheitsamt/Kindergarten 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-Testabstrich aus dem Rachen entnommen und an das Labor geschickt. Bis zum Erhalt des Ergebnisses wird es zirka 2-3 Tage dauern.*

*Wenn Sie im Vorfeld Fragen zum organisatorischen Ablauf haben, schreiben Sie bitte eine E-Mail an [corona@galan.info](mailto:corona@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: \_\_\_\_\_