

Fragebogen Corona Test

Angaben zum Patienten (m/w/d)

*Anrede Herr Frau Divers

*Vorname

*Nachname

*Geb.-Datum

*Straße *Nr.

*PLZ *Ort

*Tel.-Nr. (mobil) (Festnetz)

*Krankenkasse

Hausarzt

Bitte die unten stehenden Fragen ankreuzen (nur was zutrifft)

1. Erkältungszeichen, wenn Ja seit wann (Datum) Schnupfen
 Halsschmerzen Husten Fieber Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns
2. Meldung „ERHÖHTES RISIKO“ durch die CORONA-WARN-APP Nein Ja
3. Kontakt zu einem bestätigten Corona-Fall Nein, wenn Ja Datum
4. Einreise aus einem Risikogebiet Nein, wenn Ja (bitte Flugschein/ Hotelrechnung mitbringen)
Land Region Datum
5. Beauftragung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst (Tests in Pflegeheimen, Schulen, Kita's etc.) Nein Ja
6. Wahlleistung (kein Anspruch auf eine Erstattung durch die Krankenkasse) z. B. vor einer geplanten Urlaubsreise. Kosten bei gesetzlich Versicherten 182,48 € (HNO-Anteil 54,25 €, Laborkosten 128,23 €), bei Privatpatienten 226,91 € (HNO-Anteil 79,43 €, Laborkosten 147,48 €)
 Nein, wenn Ja Grund
7. Ist bereits zuvor ein Corona-Test erfolgt Nein, wenn Ja Datum

Hiermit erteile ich mein Einverständnis zum Übermitteln des Testergebnisses für Zwecke der CORONA-WARN-APP auf den vom Robert Koch Institut betriebenen Server Nein Ja

!WICHTIG! Nach dem Abstrich besteht bis zum Erhalt eines negativen (unauffälligen) Ergebnisses eine häusliche Quarantäne!!!!

Ort, Datum Name (Druckbuchstaben) Unterschrift

*Die mit Stern markierten Felder sind Pflichtfelder