

Anmeldung COVID-19 Testcenter

Personalien

| | |
|--------------------|---------------|
| Name | _____ |
| Vorname | _____ |
| Strasse und Nummer | _____ |
| PLZ / Ort | _____ / _____ |
| Geb.-Datum | _____ |
| Geschlecht | _____ |
| Telefon | _____ |
| E-Mail | _____ |
| AHV-Nummer | _____ |
| Krankenkasse | _____ |
| Krankenkassen Nr. | _____ |
| Hausarzt | _____ |

Angaben für Testcenter

Hatten Sie in den **letzten 10 Tagen** folgende (auch milde) **Symptome**?

Symptome seit wie vielen Tagen?

| | Ja | Nein |
|---|----|------|
| Husten, Schnupfen, Halsschmerzen | | |
| Kurzatmigkeit, Fieber, Verlust des Geschmacks-Geruchssinn | | |
| Gliederschmerzen (Rückenschmerzen und Muskelschmerzen), Druck auf der Brust | | |
| Magen-Darm-Symptome | | |
| Hautausschläge | | |
| Kopfschmerzen | | |
| andere | | |

Keine Symptome (auch nicht milde)

Kosten: Selbstzahler CHF 175.-

Zuweisung durch Arbeitgeber

Zuweisung wegen Reise

Zuweisung durch Hausarzt

Selbstzuweisung

Zuweisung durch Kantonsarzt

Zuweisung durch SwissCovid App

Unterschrift und Vereinbarung

Ich wünsche nur einen SARS-CoV-2-Test (Abstrich) und verzichte auf eine persönliche ärztliche Untersuchung und Beurteilung.

Ich bin mit der elektronischen Übermittlung des Laborresultates an mich per E-Mail einverstanden.

Datum

Unterschrift