

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