

Anmeldung COVID-19 Testcenter Personalien

Name	_____
Vorname	_____
Strasse und Nummer	_____
PLZ / Ort	_____
Geb.-Datum	_____
Geschlecht	_____
Telefon	_____
E-Mail	_____
AHV-Nummer	_____
Krankenkasse	_____
Police / Kunden-Nr.	_____
Kartenummer (8075...)	_____
Hausarzt	_____

Angaben für Testcenter

Hatten Sie in den letzten 10 Tagen folgende (auch milde) Symptome ?	Keine Symptome (auch nicht milde) Kosten Selbstzahler: CHF 175.- PCR-Test
Ja	
Husten	Zuweisung durch Arbeitgeber
Schnupfen	Zuweisung durch Hausarzt
Halsschmerzen	Selbstzuweisung
Kurzatmigkeit / Atembeschwerden	Zuweisung durch Kantonsarzt
Fieber	Zuweisung wegen Reise
Kopfschmerzen	Zuweisung durch SwissCovid App
Verlust von Geschmacks- /Geruchssinn	
Gliederschmerzen	Aufenthalt in den letzten 10 Tagen in einem Risikogebiet mit einer Mutation, z.B. England, Südafrika, Brasilien?
Druck auf der Brust	
Magen-Darm-Beschwerden	
Andere: _____	

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