

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 170.- PCR-Test	
	Ja		
Husten	<input type="radio"/>	Zuweisung durch Arbeitgeber	<input type="radio"/>
Schnupfen	<input type="radio"/>	Zuweisung durch Hausarzt	<input type="radio"/>
Halsschmerzen	<input type="radio"/>	Selbstzuweisung	<input type="radio"/>
Kurzatmigkeit / Atembeschwerden	<input type="radio"/>	Zuweisung durch Kantonsarzt	<input type="radio"/>
Fieber	<input type="radio"/>	Zuweisung wegen Reise	<input type="radio"/>
Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	Zuweisung durch SwissCovid App	<input type="radio"/>
Verlust von Geschmacks-/Geruchssinn	<input type="radio"/>		
Gliederschmerzen	<input type="radio"/>	Aufenthalt in den letzten 10 Tagen in	
Druck auf der Brust	<input type="radio"/>	einem Risikogebiet mit einer Mutation,	<input type="radio"/>
Magen-Darm-Beschwerden	<input type="radio"/>	z.B. England, Südafrika, Brasilien?	
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

