

Anmeldung COVID-19 Testcenter Personalien

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

Angaben für Testcenter

Hatten Sie in den letzten 10 Tagen folgende (auch milde) Symptome ?		Keine Symptome (auch nicht milde) Kosten Selbstzahler: CHF 158.- PCR-Test CHF 54.- Schnelltest	
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 einem Risikogebiet mit einer Mutation, z.B. England, Südafrika, Brasilien?	
Druck auf der Brust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Magen-Darm-Beschwerden	<input type="radio"/>		
Andere:	<hr/>		

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

