

## 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 <b>letzten 10 Tagen</b> folgende (auch milde) <b>Symptome?</b>		<b>Keine Symptome</b> (auch nicht milde)	
		<b>Kosten</b> Selbstzahler: CHF 158.- PCR-Test Der Antigen-Schnelltest ist kostenlos	
	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,	<input type="radio"/>
Druck auf der Brust	<input type="radio"/>	z.B. England, Südafrika, Brasilien?	
Magen-Darm-Beschwerden	<input type="radio"/>		
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**

