


Probenentnahme SARS-COV-2

Auftraggeber

Name _____ 

Datum _____

Patient / Patientin

Name _____ 

Vorname _____ Geburtstag _____

Adresse _____

PLZ _____ ORT _____

KRANKENKASSE

AHV-NR

Klinische Informationen

<input type="checkbox"/> Fieber	<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Halsentzündung	<input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit
<input type="checkbox"/> Verlust des Geschmacks- /Geruchssin	<input type="checkbox"/> Diarrhöe	<input type="checkbox"/> Antikoagulanzen	<input type="checkbox"/> Andere

Grund für die Untersuchung

<input type="checkbox"/> Epidemiologie	<input type="checkbox"/> Berufskrankheit (BUV)	<input type="checkbox"/> sonstige Krankheiten
<input type="checkbox"/> Freiwilligentest (Bezahlung durch den Patienten)	<input type="checkbox"/> Präoperativ	<input type="checkbox"/> Grenzübertritt :

Ergebnis senden an : @ _____

Fax _____

 _____

Datum der Probenentnahme _____ Verantwortliche Person _____

Unterschrift _____