

Selbstauskunft vor Testung auf eine Infektion mit COVID-19

Im Rahmen des aktuellen Ausbruchsgeschehens mit dem neuartigen Coronavirus (COVID-19) muss die nachfolgende Selbstauskunft im Zusammenhang mit einer Testung erfolgen.

PERSÖNLICHE ANGABEN:

Nachname (Familiename) _____ Vorname _____

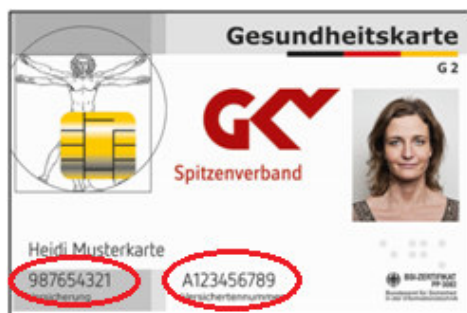
Geburtsdatum _____ weiblich männlich divers

Adresse: PLZ _____ Ort _____ Straße / Nr. _____

Wichtig! Tel: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

KRANKENKASSE:



Quelle: www.gkv-spitzenverband.de

Hausarzt _____

Krankenkasse: _____

Versicherungs-Nr. _____

Versicherten-Nr. _____

Ich bin versicherungspflichtig familienversichert

Rentner

KRANKHEITSSYMPTOME:

Haben Sie Krankheitssymptome wie Fieber, Husten, Atemnot, Halsschmerzen, Geschmacks- oder Geruchsverlust? JA NEIN

Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem bestätigten COVID-19- Fall JA NEIN

Weitere Angaben _____

_____, den _____ Datum _____ Unterschrift _____

Der Abstrich wurde durchgeführt von _____ am _____ Kategorie: _____