

Anmeldung Coronatest

Datum: _____ Uhrzeit: _____ **Gesprächsführer/MFA:** _____
Name: _____ Bei uns bekannter Patient ja nein
Adresse: _____
Geburtsdatum: _____
Telefonnummer: _____ Handy: _____ Email: _____
Krankenkasse: _____
Versichertenkarte Vorderseite:
Nr. Versicherung _____ Versichertennr. _____

Karte eingelesen ja/nein

Haben Sie Symptome (Husten, Halskratzen, Geruchs- Geschmacksstörung oa.) **Ja/nein**

Sind Sie sehr krank (unter 60% 1 Stockwerk kaum mehr möglich)

Mittelkrank (kann 1 Stockwerk ohne Probleme rauf gehen, Power 60-80%)

leicht krank (Power 80-100%)

Haben Sie Fieber ja/nein/gut möglich/unwahrscheinlich

Aktuelle Risikogebiete:

Z.B. Osteuropa, Ägypten, Südspanien, u.a. siehe Liste RKI.

Waren Sie in den letzten 3 Wochen in einem Corona Risikogebiet? **Ja/nein**

Hatten Sie in der letzten Woche möglicher Weise Kontakt zu einem Menschen der mit dem Coronavirus infiziert ist? **Ja/nein**

Waren Sie in den letzten 3 Wochen auf einer Großveranstaltung **ja/nein**

Wo _____

Arzt/Ärztin _____ **Entscheidung Procedere:**

Corona denkbar **ja/nein**

Abstrich sinnvoll **ja/nein**

Meldung Gesundheitsamt **ja/nein**