



Laufende Nummer (füllt die Praxis aus) _____ Testdatum _____

Bitte ausfüllen (unbedingt leserlich, Druckschrift!!!):

Name: _____; Vorname: _____; geb.: _____

Telefonnummer: _____ (Handy); E-Mail: _____ @ _____

Schule/Einrichtung: _____

Bitte füllen Sie auch den folgenden Abschnitt aus. Das wäre freiwillig (Anmerkung: Ihre Daten verlassen die Praxis nicht). **Bitte unterschreiben Sie in jedem Fall auch die Datenschutzerklärung.**

Ab hier freiwillig ...

Bei Ja Nein Fragen jeweils bitte die Kreuze setzen:

Kontakt mit Covid 19? Ja Nein ; Falls ja und Sie wissen wann: vor wieviel Tagen? _____

WarnApp: Mitteilung erhalten für erhöhtes Risiko: Ja Nein

Text: _____

Krankheitssymptome?

Fieber > 38,0: Ja Nein Husten: Ja Nein Durchfall: Ja Nein

Halskratzen: Ja Nein Schnupfen: Ja Nein Müdigkeit: Ja Nein

Geschmacks- oder Geruchsstörung: Ja Nein Kopf/Gliederschmerz: Ja Nein

Freiwillige Testung: Ja Nein

In den letzten 14 Tagen im Ausland in Urlaub gewesen: Ja Nein

Falls Ja, Urlaubsland: _____

Füllt die Praxis aus.

Abstrich: Oropharyngeal _____; Nasopharyngeal: _____; beides: _____

Verantwortlicher Arzt: _____ (Unterschrift); MFA: _____