

COVID-19 Antigenschnelltest



Patientendaten:

Vorname: Nachname:

Adresse Straße/Hausnr: PLZ/Ort:

Geburtsdatum: Geschlecht: weiblich männlich divers

Sozialversicherungsnummer: Krankenkasse:

Telefonnummer:

e-mail:

Verständigung über SMS e-mail Original

Lichtbildausweis: Bildungspersonal

Ich habe keine **Symptome** einer Covid19-Erkrankung (Fieber, trockener Husten, Müdigkeit, Auswurf, Kurzatmigkeit sowie Hals- und Kopfschmerzen, Geruchs-/Geschmackverlust, Muskelschmerzen, Schüttelfrost, Übelkeit, Erbrechen, Nasenverstopfung und Durchfall).

In diesem Fall rufen Sie bitte die **Gesundheits-Hotline 1450** an oder lassen Sie sich **bei Ihrem Hausarzt testen**.

Ich bin mit der Entnahme eines Nasen-/Rachenabstrichs einverstanden und wurde über mögliche Risiken aufgeklärt.

Ich habe keine Vorerkrankungen des Nasenrachenraumes

Ich wurde darüber informiert, dass im Fall eines positiven Testergebnisses, die Apotheke verpflichtet ist, dies beim zuständigen Gesundheitsamt zu melden

Im Falle eines positiven Testergebnisses, begeben Sie sich **sofort** nach Hause in Isolation (benutzen Sie dazu keine öffentlichen Verkehrsmittel und kein Taxi) und kontaktieren umgehend die **Gesundheitsnummer 1450**. Das weitere Vorgehen wird Ihnen von den zuständigen Behörden mitgeteilt.

Ich bestätige die Angaben nach bestem Wissen richtig ausgefüllt bzw. beantwortet zu haben.

Unterschrift (Patient bzw. Erziehungsberechtigter).....

Der Covid Antigentest

wurde am:.....(Datum) um(Uhrzeit) durchgeführt und ergab folgendes Ergebnis:

positiv auf COVID-19 mittels Antigenschnelltest

negativ auf COVID-19 mittels Antigenschnelltest

.....
Apothekenstempel/ Paraphe Apotheker