

Fax: 0611 – 95680 41

Anmeldebogen DRIVE-IN SARS-CoV-2 PCR Abstrich

Praxis: _____

Anschrift: _____

Telefonnr.: _____ FAX: _____

Mobilnummer Ärztin/ Arzt: _____

Patientin/Patient

Nachname: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Anlass zur Untersuchung:

- Diagnostische Abklärung bei COVID-19 Symptome (10C-Schein)
- Diagnostische Abklärung ohne COVID-19 Symptome nach der aktuellen Test-VO (OEGD)
- Kontakt in den letzten zehn Tagen mit einer infizierten Person (OEGD-Schein)
- Auftreten von Infektionen bei Personen, die sich in den letzten 10 Tagen in einem Krankenhaus, einer Arztpraxis, einer Kindertagesstätte etc. aufgehalten haben (OEGD)
- Verhütung der Verbreitung bei Personen vor geplanter Betreuung, Personal, betreute Personen und Besucher in Krankenhäuser etc. (OEGD-Schein)
- Personen bei positivem SARS-CoV-2-Schnelltest (OEGD-Schein)
- Corona Warn-App (OEGD-Schein)

Kfz-Kennzeichen: _____

Mobilnummer: _____

Meldung an das Gesundheitsamt ist erfolgt: ja nein

Unterschrift Ärztin/Arzt