

Fragebogen Covid-19-Abstrich

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	
Krankenkasse/Kassennummer	
Versichertennummer	

Hausarzt	
Arbeitgeber	

Symptome vorhanden?	
Wenn ja, welche Symptome?	
Wenn ja, seit wann Symptome?	

Ergebnismitteilung (mehrer Angaben möglich)
- Bitte Kontaktdaten angeben -

Per Telefon	
per WhatsApp	
per Email	

Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten an das zuständige Gesundheitsamt und meinen Arbeitgeber weitergeleitet werden.

Datum: _____ Unterschrift Patient/-in _____

Abnehmender Arzt	
-------------------------	--

Datum: _____ Unterschrift Arzt _____