



**FRAGEBOGEN COVID-19**

**Patient/in**

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht    w    m

Hausarzt:

Strasse:

PLZ/Wohnort:

Kanton:

Telefon Handy:

E-Mail:

Mitarbeiter/in            Ja    Nein

Telefon intern, falls vorhanden:

Nationalität:    CH    andere

Wohnsitz, falls nicht CH:

Kontaktperson (Name & Tel.-Nr.):

Versicherung:

ID-/Passnummer:

AHV Nr.:

Versicherungskartenummer:

**Diagnose und Manifestation**

**Symptome seit:** \_\_\_\_\_            Keine Symptome

Fieber >38°C

Husten

Atemnot

Kurzatmigkeit

Brustschmerzen

Halsschmerzen

Kopfschmerzen

Geruchsverlust

Geschmacksverlust

Akute Verwirrtheit oder Verschlechterung des Allgemeinzustandes bei Senioren

Müdigkeit

Magen-/Darm-Beschwerden

Muskelschmerzen

Andere Symptome

Test auf Wunsch des Patienten aufgrund Reise

Test auf Wunsch des Arbeitgebers

Kontakt zu einem laborbestätigten Fall

sonstiges: \_\_\_\_\_

Mit dem Senden des Formulars akzeptiere ich die Datenverarbeitung und bin mit den **AGB** und der **Datenschutzerklärung** einverstanden

Datum:

Unterschrift

**Durch Personal auszufüllen**

PCR

Antigen Schnelltest

**Grund für den Test:**

Symptome kompatibel mit COVID-19

Meldung durch BAG/App

BAG-Meldung

Verrechnet

Zertifikat erstellt

Patient Informiert am:

Datum:

Kürzel:

Resultat:

Positiv

Negativ