

Selbstzuweisung COVID-19-Abstrich

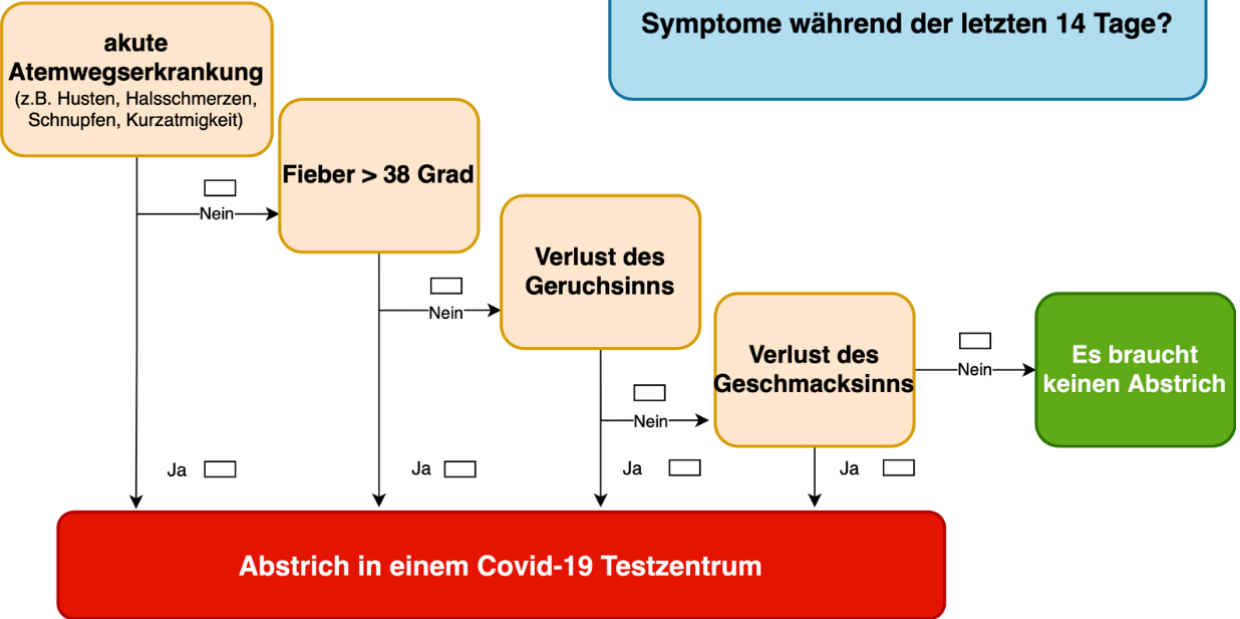
Patient
Name:
Vorname:
Strasse:
PLZ, Ort:
Geburtsdatum:
Tel.:
E-Mail:
Krankenkasse:

Hausarzt
Name:
Ort:
Tel.:
email:

Triagearzt

Patientenetikette
(wird vom Testzentrum ausgefüllt)

Symptome während der letzten 14 Tage?



Ich bestätige hiermit, dass mein Allgemeinzustand gut und eine ärztliche Konsultation nicht erwünscht ist.

Ort:

Datum:

Unterschrift: