

Fragebogen Covid-19 (BITTE vollständig ausfüllen und DEUTLICH SCHREIBEN!)

Personenbezogene Angaben		Abstrichnummer:	Barcode Etikett
Name		Vorname:	
Geburtsdatum		Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Straße, Hausnr.		PLZ, Ort:	
Telefonnummer:		ggf. E-Mail-Adresse	
Name der Krankenversicherung:		Versicherungsnummer:	
Versichertennummer:		Status: <input type="checkbox"/> 1= Mitglied <input type="checkbox"/> 2= familienversichert <input type="checkbox"/> 3= Rentner	
Hausarzt		Telefonnummer	
Anschrift		PLZ, Ort	

Ich bin damit einverstanden, dass mein Laborergebnis an meinen o. g. Hausarzt weitergeleitet wird.

Datum, Unterschrift

Leiden Sie aktuell unter folgenden Symptomen?			
<input type="checkbox"/> KEINE	<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Schnupfen	<input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit
<input type="checkbox"/> Hals-/ <input type="checkbox"/> Kopf-/ <input type="checkbox"/> Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/> Fieber	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Geruchs-/ <input type="checkbox"/> Geschmackssinn beeinträchtigt
Sind bei Ihnen chronische Grunderkrankungen bekannt?			
<input type="checkbox"/> KEINE	<input type="checkbox"/> Lungenerkrankung, z. B. Asthma / COPD		<input type="checkbox"/> Krebserkrankung
<input type="checkbox"/> Immunschwäche	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 / 2		<input type="checkbox"/>

Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage auf einer Veranstaltung? (z. B. Konzert, Messe, Demo, Turnier, etc.)

nein ja, wo:

WICHTIG! Aktueller Beruf / Arbeitgeber bzw. besuchte Schule oder Kita + ggf. ehrenamtliche Tätigkeit

Grund der Testung

Mit Covid-19 zu vereinbarende Symptomatik (Testung beim Hausarzt als Kassenleistung) **Fall 1**

Meldung über Corona-Warn-App (Testung beim Hausarzt als Kassenleistung) **Fall 2**

Hatten Sie Kontakt zu einer Person, die positiv auf das Coronavirus getestet wurde?

ja Name / Wohnort der Person: _____ **Fall 2**

Art / Ort des Kontaktes: direkt indirekt (Abstand > 1,5m) Familienkreis Feier

Arbeitsplatz / Meeting Kita / Schule, etc.: _____

Pflege-/ Betreuungseinrichtung: _____ **Fall 3**

Ich habe mich innerhalb der letzten 14 Tage aufgehalten in: _____ **Fall 2**
und wünsche einen Abstrich (beim Hausarzt auf eigene Kosten)

Neu- / Wiederaufnahme Pflege-/Betreuungseinrichtung oder ambulante Behandlung im KH/OP **Fall 4**

Bei Symptomen: Fall 2 (Quarantänebescheid ausgeben!)

ja, Name der Einrichtung / der Praxis: _____

Ansprechpartner + Faxnummer: _____

Ich wünsche eine direkte Weiterleitung des Laborergebnisses an die von mir oben benannte Einrichtung / Praxis

Datum, Unterschrift

Findet dieser Abstrich im Rahmen einer Präventivtestung des Kreises Lippe statt, z. B. Kita-MA? **Fall 4**

Bei Symptomen: Fall 2 (Quarantänebescheid ausgeben!)

ja, Name der Einrichtung: _____

Ich bestätige die Richtigkeit meiner getätigten Angaben. _____
Datum, Unterschrift

Nur bei Erhalt eines Quarantänebescheides:

Die mir mit dem Bescheid mitgeteilten Verhaltensregeln und die angeordnete Quarantäne werde ich einhalten.

Datum, Unterschrift