

Antigen-Schnelltest COVID-19

PCR-Test

Reisetest **Heim- / Spitalbesuch** **positiver Selbsttest**

Quarantäneverkürzung: in Quarantäne seit: _____

anderer Grund: _____

Symptome: seit _____

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schnupfen | <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Halsschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Verlust Geruch- /Geschmackssinn |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Müdigkeit, allgemeine Schwäche |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Gliederschmerzen | <input type="checkbox"/> andere Symptome: _____ |

1. Haben Sie Vorerkrankungen? Medikamente? Ja Nein

(Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Gerinnungsleiden, Atemwegserkrankungen, etc.)

2. Arbeiten Sie im Gesundheitswesen mit direktem Patientenkontakt? Ja Nein

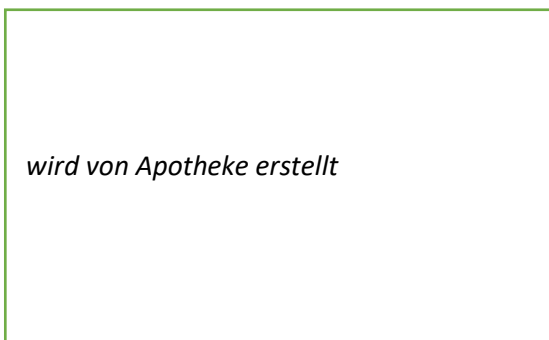
3. Hatten Sie kürzlich eine Nasenoperation, haben Sie eine Nasen-
Scheidewandverkrümmung oder chronisch verengte Nasengänge? Ja Nein

4. Sind Sie bereits vollständig gegen Covid-19 geimpft? Ja Nein

erste Impfung schon erhalten **(wenn ja, Impfnachweis bitte mitbringen)**

Covid-Zertifikat gewünscht **TRANSFER-CODE:** _____

Kundendossier-Etikette



Mit der Unterschrift erklären Sie sich mit der Probenentnahme mittels Nasen-Rachen-Abstrich, der Datenbearbeitung und der Meldung an die zuständigen Behörden einverstanden. Sie haben Informationen zum Test, den Kosten und der Bedeutung der möglichen Ergebnisse erhalten (Homepage). Allfällige Fragen konnten vorgängig geklärt werden.

Unterschrift: _____

Durch die Apotheke auszufüllen

Angaben zum Test: Roche SARS CoV-2 Rapid Antigen Test SynLab
 Nasen-Rachen-Abstrich
 Hygienemassnahmen eingehalten

Entnahmedatum: _____ Uhrzeit: _____

 **Bei symptomatischen Personen «Informationsschreiben Patient» mitgeben**

Testresultat bei Antigen Schnelltest

- positiv → getestete Person wurde über Isolation/Quarantäne informiert
 negativ Covid-Zertifikat oder Bescheinigung ausgestellt
 Selbstzahler KK i.O.
 Testresultat an BAG gemeldet

Datum: _____ Visum: _____