Corona-Teststelle an der TH Wildau (SARS-CoV-2)

Bitte füllen Sie jede Zeile aus, da es sonst zu Schwierigkeiten bei der Übermittlung des Testergebnisses kommen kann!!!!!!!!

Datum:

Name: ……

Geburtsdatum: ……

Krankenversicherung: ……

Telefonnummer: ……

Adresse: (Straße und Ort) ……

E-Mail: ……

Berufliche Tätigkeit: ……

Name des Betriebes/ Schule/Kita: ……

Leiden Sie unter folgenden Symptomen?

	Ja	Nein
Husten	☐	☐
Schnupfen	☐	☐
Fieber	☐	☐
Atemnot	☐	☐

Andere Symptome: ……..

Wann traten die ersten Symptome auf? ……

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu jemandem mit bestätigter COVID-19-Infektion?

Ja ☐ Nein ☐

Art des Kontakts?……..

Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet? Ja ☐ Nein ☐

In welchem Gebiet waren Sie? ……

Risiko-Warnung durch Corona-App? Ja ☐ Nein ☐

Andere Gründe für den Test (zB Reha, Urlaub, Freitesten?) ……..

Sind Sie gegen Covid geimpft? Ja ☐ Nein ☐

Mit welchem Impfstoff? …….. 1x ☐ 2x ☐ 3x ☐ Zuletzt am: ……..

Sie benötigen einen ☐ PCR Test ☐ Antigenschnelltest ☐ Weiß nicht

Bitte beachten Sie, dass die Testart ggf. vom diensthabenden Mitarbeiter/-in der Teststelle gem. den Vorgaben der derzeit geltenden Testverordnung korrigiert werden muss.