

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 und Zusatzkosten kommen kann!!!!!!!

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere Symptome:

Wann traten die ersten Symptome auf?

Andere Gründe für einen Test gemäß Testverordnung:

1. Alter <6 Jahre
2. med. Kontraindikation zur Impfung, zB 1/3 Schwangerschaft o. medizinische Studienteilnahme (Nachweis erforderlich)
3. geplanter Reha-/ Klinikaufenthalt Name der (Reha-) Klinik:
4. Besucher oder Bewohner in Pflegeheim/ Behinderteneinrichtung/ Klinik oä
Name der Einrichtung:
5. Freitesten aus Isolation / Absonderung
6. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer positiv getesteten Kontaktperson im eigenen Haushalt? Name der Person:
7. Risiko-Warnung durch Corona-Warn-App
8. Ich besuche heute eine Veranstaltung in Innenräumen, eine Person >60 Jahre bzw einer vulnerablen Gruppe angehörig Veranstaltung /Name:

Datum:

Unterschrift:

Bitte legen Sie einen entsprechenden Nachweis vor und beachten, dass bei Testungen nach Punkt 7 und 8 ein Eigenanteil von 3,- Euro zu entrichten ist.