

## 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. geplanter Reha-/ Klinikaufenthalt

Name der (Reha-) Klinik: .....

2. Besucher/ Bewohner in Pflegeheim/ Behinderteneinrichtung/ Klinik oä

Name der Einrichtung .....

3. Pflegeperson

Name der zu pflegenden Person: .....

4. Freitesten aus Isolation / Absonderung

Datum: .....

Unterschrift: .....

**Bitte legen Sie einen entsprechenden Nachweis vor und bitte beachten Sie, dass ab 25.11.22 in allen anderen Fällen die Kosten selbst getragen werden müssen.**