Einsender		Patient
		Name _____
		Geb. _____
		Adresse _____

Telefonnr:	Unterschrift des Einsenders	Versicherungsstatus: ☐ Privat ☐ Kasse ☐ Selbstzahler

Untersuchungsindikation:

- V.a. COVID-19 Verlaufskontrolle Vor Entlassung Screening

Untersuchungsmaterial:

Entnahmedatum: _____

Uhrzeit: _____

- Nasopharyngealabstrich Rachenabstrich NPS Sputum Trachealsekret BAL

Anamnese:

- Geruchsverlust Atemwegsinfekt Influenza-ähnliche Symptome Fieber _____ .
 Pneumonie _____
 Kontakt zu einer Person, bei der SARS-CoV-2 nachgewiesen wurde
 Tätigkeit in Gemeinschaftseinrichtung oder pflegerische/ärztliche Tätigkeit
 Andere Tätigkeit mit vielen Kontakten _____
 Vor stationärer Aufnahme Vor tagesstationärer Behandlung/Chemotherapie

Ist der Ausschluss anderer respiratorischer Erreger erfolgt?

- Ja Nein

Zusätzliche Informationen:

Ergebnis an Telefon: _____ **Fax:** _____