

Einsender		Patient
		Name _____
		Geb. _____
		Adresse _____

Telefonnr:	Unterschrift des Einsenders	Versicherungsstatus: <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Kasse <input type="checkbox"/> Selbstzahler

Untersuchungsindikation/Diagnose: V.a. Infektion mit 2019-NCOV

Untersuchungsmaterial: **Entnahmedatum:** _____ **Uhrzeit:** _____

- Rachenabstrich
 Trachealsekret/BAL

Untersuchungsindikation:

- Leichter Atemwegsinfekt Influenza-ähnliche Symptome Fieber _____ Pneumonie _____

Nach:

- Aufenthalt in _____
 Kontakt zu einer Person, bei der 2019-NCOV nachgewiesen wurde
 Andere? _____

Berufliche Situation:

- Tätigkeit in Gemeinschaftseinrichtung oder pflegerische/ärztliche Tätigkeit
 Andere Tätigkeit mit vielen Kontakten _____

- Stationäre Aufnahme
 Häusliche Quarantäne

Ist der Ausschluss anderer respiratorischer Erreger erfolgt?

- Ja Nein

Zusätzliche Informationen:

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