



Günzburger Straße 3, 89340 Leipheim Tel. 08221 71045, [info@dr-kuczewski.de](mailto:info@dr-kuczewski.de), [www.hausaerzte-leipheim.de](http://www.hausaerzte-leipheim.de)

<b>Benötigte Corona-Test-Informationen:</b>		
<b>Familien-Name:</b>	<b>Vorname:</b>	
<b>Geburtstag:</b>		
Adresse: PLZ _____ Ort _____		
Straße: _____ Hausnummer: _____		
<b>Telefonnummer:</b>	<b>Handy:</b>	
<b><u>e-mail:</u></b>		
<b>Beruf:</b>	<b>Krankenkasse:</b>	
Größe (braucht das Labor):..... Gewicht (braucht das Labor):.....		
<b>bekannter Kontakt zu Corona-Patienten:</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<b>Infekt:</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schnupfen Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> , Husten Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> , Niesen Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> , Halsschmerzen Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
Kopfschmerzen Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> , Geschmacks- oder Geruchsstörungen Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
Durchfall; Magen-Darmbeschwerden Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
<b>Fieber:</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<b>Covid-19-Impfung: Ja <input type="checkbox"/> Wann:</b>	<b>Welchen Impfstoff:</b>	Nein <input type="checkbox"/>
<b>Gripeschutz-Impfung erhalten?</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<b>chronische Erkrankungen:</b>	Ja <input type="checkbox"/> hier: _____ ...Nein <input type="checkbox"/>	
<b>Auslandsreise:</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<b>Schnelltest: Ja <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/></b>	Nein <input type="checkbox"/>	

**Positive Befunde werden an das Gesundheitsamt und das RKI weitergeleitet.**

**Bei einem positiven Testergebnis sind Sie verpflichtet, sich unverzüglich in Selbstisolation zu begeben!**

**Bei dringendem Verdacht empfehlen wir dies, bis zum Erhalt des Ergebnisses freiwillig zu tun.**

**Datum:**

**Ort:**

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_