



Günzburger Straße 3, 89340 Leipheim Tel. 08221 71045, info@dr-kuczewski.de , www.hausaerzte-leipheim.de

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