

Durch Kunde auszufüllen

### Aufklärung und Einwilligung

Ich habe Informationen zum Test, zu den Kosten und der Bedeutung der möglichen Ergebnisse erhalten. Ich habe keine weiteren Fragen. Durch meine Unterschrift erkläre ich mich mit der Probenentnahme mittels Nasenabstrich oder Speichelentnahme, der Datenbearbeitung, der Meldung an die zuständige kantonale Behörde sowie an das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und im Falle eines Arztkontaktes, mit der vertraulichen Weiterleitung der Patientendaten an den Arzt einverstanden.

Ein positives Resultat bei einem Antigen-Schnelltest bei einer asymptomatischen Person, die keinen Kontakt zu einem positiven Fall hatte, muss durch einen PCR Test bestätigt werden. Ich stimme in diesem Fall einer erneuten Probenentnahme und der Beauftragung eines bewilligten Labors zur Analyse zu.

Ich bin einverstanden, dass bei einem positiven Testresultat mein Hausarzt informiert wird.

Ja  Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Name, Vorname:..... Geburtsdatum:..... TelNr:.....

Ort, Datum: ..... Unterschrift .....

### Bei Rückfragen zu Ihrem Termin oder Absage: Tel 027 923 15 15

Bei Nichterscheinen ohne Abmeldung wird Ihnen ein Betrag in der Höhe von CHF 20.- in Rechnung gestellt.

### Angaben zum Test/Durchführung

- Antigen-Schnelltest  PCR Test
- **Testhersteller:** Abbott Rapid Diagnostics  Kang Jian PCR  **Chargennummer:**.....
- **Hygienemassnahmen:** eingehalten:  Ja  Nein
- **Entnahmedatum:** ..... **Zeit:** ..... **Visum:** .....

### Evaluation und Ergebniskommunikation

- **Testresultat:**  Positiv  Negativ **Visum:** .....
- **Testresultat** an getestete Person **gemeldet** am: Datum: .....Uhrzeit:.....  
 per Telefon  per E-Mail  per SMS  persönliche Abgabe **Visum:** .....
- **Testresultat** an **BAG** gemeldet am:
  - o Datum: ..... Uhrzeit: ..... **Visum:** .....

### Verrechnung

- Selbstzahler  60.- Antigen-Schnelltests  150.- PCR  TWINT
- Verrechnung via Krankenkasse an den **Bund.**

**Verrechnet am:** ..... **Visum:** .....

Ort/Datum: .....

Unterschrift der verantwortlichen Person:.....

Durch Testcenter auszufüllen