

ID-Kontrolle gemacht: 

Testart:

Testnummer:



## SARS-COV 19 Tests



GESUNDHEIT | SCHÖNHEIT | WOHLBEFINDEN

### Anmeldeformular (Angaben müssen mit dem Ausweis identisch sein)

<b>Name:</b> Cognome/Nom/Surname	<b>Vorname:</b> Nome/Prénom/Name
<b>Geburtsdatum :</b> <input type="checkbox"/> unter 16 Data di nascita/Date de naissance/ Date of Birth	<b>Geschlecht:</b> Sesso/Sexe/Sex
<b>Strasse:</b> Via/Street/Rue:	<b>PLZ/Ort :</b> ZIP/Localita/NLP Lieu/Town
<b>Land:</b> Paese/Pays/Country	<b>Telefon:</b> Telefono/Telephone
<b>Krankenkasse</b>	<b>E-Mail:</b>

#### Testgrund

- Symptome
- Anordnung durch SwissCovid App       Anweisung durch Arzt       Nach Kontakt mit einem positiven Fall
- Besuch einer Gesundheitseinrichtung
- Test, um ein Zertifikat zu erlangen      TRANSFER-CODE vom Covid-Certificate App: .....

#### Testart

- PCR Test  (Resultat innerhalb von 24-48 Stunden)
- Antigen-Schnelltest  (Resultat innerhalb von 15-30 Minuten)

#### Aufklärung und Einwilligung

Ich habe Informationen zum Test und der Bedeutung der möglichen Ergebnisse erhalten. Ich habe keine weiteren Fragen. Durch meine Unterschrift erkläre ich mich mit der Probenentnahme mittels Nasenabstrich, der Datenbearbeitung, der Meldung an die zuständige kantonale Behörde sowie an das Bundesamt für Gesundheit (BAG) 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.

Bitte informieren Sie die testende Person, falls Sie kürzlich stattgefundenen Verletzungen oder operative Eingriffe an der Nase oder den Nasennebenhöhlen gehabt haben.

Bitte informieren Sie die testende Person, falls Sie eine gravierende Nasenscheidewandverkrümmung oder chronisch enge Nasengänge haben.

Bitte informieren Sie die testende Person, falls Sie ein Gerinnungsleiden (z.B. Mangel an Gerinnungsfaktoren, Bluterkrankheit) haben.

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

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden mit der Übermittlung des Covid-Zertifikats per E-mail (nur falls keine persönliche Abgabe möglich ist).

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

**Bei minderjährigen die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters.**

Durch Kunde auszufüllen

**Testdatum:** ..... **Zeit:** .....

**Testart:** PCR Nase  PCR Spuck  AG-Schnelltest Naso-Pharyngeal:  AG Nasal:  **Visum:**.....

**Hersteller:** Abbott  Kang Jian  Roche

**Resultat:** Positiv  Negativ  **Resultat übermittelt via:** ..... **Visum:**.....

**Verrechnung:** Selbstzahler  Verrechnung über Krankenkasse  **Visum:**.....

**BAG-Meldung:** Ja  Nein  **Visum:**.....

Durch Apotheke auszufüllen