



Name, Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Dr. med. Domenica Custer
FÄ für Allgemeine Innere Medizin

Elena Kipfer, dipl. Ärztin
FÄ für Allgemeine Innere Medizin

Dr. med. Miriam Weissbach
FÄ für Allgemeine Innere Medizin

Abklärung CORONAVIRUS

Liebe Patientin, lieber Patient

Sie haben Symptome, welche gemäss BAG-Richtlinien einen Corona-Abstrich zur Folge haben.
Bitte kreuzen Sie an:

An welchen Symptomen leiden Sie?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Atemnot |
| <input type="checkbox"/> Halsschmerz | <input type="checkbox"/> Geruch-/Geschmackstörung |
| <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Symptome |
| <input type="checkbox"/> Glieder-/Muskelschmerzen | <input type="checkbox"/> akute Abgeschlagenheit |
| <input type="checkbox"/> Schnupfen | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Anderes: | <input type="checkbox"/> Brustschmerzen/Druck auf der Brust |

Seit wann leiden Sie an oben genannten Symptomen? Datum:.....

Hatten Sie Kontakt zu einer COVID-19-erkrankten Person? nein
 ja -> wann?.....

Meine Symptome beunruhigen mich nicht stark, d.h.
ich gehe nur zum Arzt, weil Coronavirus-Pandemie ist? ja
 nein

Meine Telefonnummer ist korrekt (falls Patientenkleber klebt, allfällige Korrekturen anbringen).

Ich habe das BAG-Informationsblatt zur Selbstisolation erhalten (wird in der Praxis abgegeben).

Ich bin einverstanden, das Abstrich-Resultat über eine unsichere Email-Adresse zu erhalten
(Dauer bis Erhalt des Resultates ca. 36-48h oder mehr (wegen Überlastung des Systems))

Ich benutze die SwissCovid App und möchte einen Covid-Code erhalten/eingeben

Meine Email-Adresse (bitte leserlich):

Falls Sie zusätzlich zum Abstrich ausführliche Informationen/Beratung, Untersuchungen,
Zeugnisse, Medikamente, etc. benötigen, wird dies wie üblich via Krankenkasse gemäss KVG
abgerechnet.

Wir empfehlen Ihnen, sich bei Verschlechterung des Allgemeinzustandes, Atemnot oder
anhaltendem Fieber, erneut in der Praxis (oder außerhalb der Öffnungszeiten via medphone-
Notfallnummer) zu melden.

Datum:

Unterschrift: