



Name, Vorname: .....

Adresse: .....

Geburtsdatum: .....

Telefonnummer: .....

**Dr. med. Domenica Custer**

Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin

**Dr. med. Rahel Felser**

Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin

**Elena Kipfer, dipl. Ärztin**

Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin

**Dr. med. Miriam Weissbach**

Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin

## Abklärung CORONAVIRUS

Liebe Patientin, lieber Patient

Sie haben sich für einen PCR-Abstrich angemeldet. Bitte kreuzen Sie an:

Ich benötige einen Abstrich für eine Reise/Event/etc.:  ja  nein

An welchen Symptomen leiden Sie?

Husten  Atemnot  keine  
 Halsschmerz  Schnupfen  Fieber  
 Magen-Darm-Symptome  Kopfschmerzen  Geruch-/Geschmackstörung  
 Glieder-/Muskelschmerzen  akute Abgeschlagenheit  Brustschmerzen/Druck auf der Brust  
 Anderes:

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

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

Wurden Sie gegen COVID-19 geimpft?  nein  ja  
Datum 1. Dosis ..... 2. Dosis .....

Sind Sie bereits an COVID-19 erkrankt?  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. 24-48h oder mehr (je nach Auslastung 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 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: .....