

Spezialeinsendeschein SARS-CoV-2/COVID-19

Patientendaten*

Nachname, Vorname	
Geburtsdatum	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Adresse (Straße, PLZ, Wohnort)	
Versorgung	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant (zusätzlich Überweisungsschein beilegen!)
Versicherungsstatus	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Personaluntersuchung <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Einsenderdaten*

↓ Einsenderstempel ↓

Name der Institution, ggf. Abteilung/Station, Adresse

Unterschrift behandelnder Arzt

Telefonnummer (Anruf nur bei POSITIVEM PCR-Ergebnis)

Material/gewünschte Untersuchung*

Entnahmedatum: _____ **Entnahmeuhrzeit:** _____

Virusdirektnachweis mittels PCR (nicht akkreditierter Parameter):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Oropharynxabstrich | <input type="checkbox"/> Nasopharynxabstrich |
| <input type="checkbox"/> Rachenspülflüssigkeit | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

IgG-Antikörper-Nachweis/Serologie (nicht akkreditierter Parameter):

- Serum

Symptome

- Fieber Husten Atemnot Halsschmerzen Schnupfen Störung Geruchs-/Geschmackssinn
 gastrointestinale Symptomatik Andere: _____

weitere Angaben zum Patienten

relevante Vorerkrankungen	
Risikoanamnese bzgl. COVID-19	<input type="checkbox"/> Aufenthalt in internationalem Risikogebiet gemäß RKI: _____ <input type="checkbox"/> Aufenthalt in deutschem Risikogebiet/Ausbruchsgeschehen: _____ <input type="checkbox"/> Kontakt zu bestätigtem Fall (Art des Kontakts: _____) <input type="checkbox"/> Z. n. bestätigter Infektion mit SARS-CoV-2 (Datum Erstdiagnose: _____) <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____