

Spezialeinsendeschein SARS-CoV-2/COVID-19

Patientendaten*

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

männlich

weiblich

divers

Adresse (Straße, PLZ, Wohnort)

Versorgung

stationär

ambulant (zusätzlich Überweisungsschein beilegen!)

Versicherungsstatus

gesetzlich

privat

Personaluntersuchung

Sonstiges: _____

Einsenderdaten*

↓ Einsenderstempel ↓

Unterschrift behandelnder Arzt

Telefonnummer (Anruf nur bei POSITIVEM Ergebnis)

Name der Institution, ggf. Abteilung/Station, Adresse

Material*

Entnahmedatum: _____

Entnahmeuhrzeit: _____

Oropharynxabstrich

Nasopharynxabstrich

Rachenspülflüssigkeit

Sonstiges: _____

Symptome

Fieber

Husten

Atemnot

Halsschmerzen

Schnupfen

gastrointestinale Symptomatik

Andere: _____

weitere Angaben zum Patienten

relevante
Vorerkrankungen

Risikoanamnese
bzgl. COVID-19

Aufenthalt in internationalem Risikogebiet gemäß RKI: _____

Aufenthalt in deutschem Risikogebiet/Ausbruchsgeschehen: _____

Kontakt zu bestätigtem Fall (Art des Kontakts: _____)

Sonstiges: _____

Untersuchungsmethode: Virusdirektnachweis mittels PCR (nicht akkreditierter Parameter)

*Pflichtangaben