

# Spezialeinsendeschein SARS-CoV-2/COVID-19

## Patientendaten\*

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

## Einsenderdaten\*

↓ Einsenderstempel ↓	
	_____ Unterschrift behandelnder Arzt
Name der Institution, ggf. Abteilung/Station, Adresse	_____ Telefonnummer (Anruf nur bei POSITIVEM Ergebnis)

## Material\*

<b>Entnahmedatum:</b> _____	<b>Entnahmeuhrzeit:</b> _____
<input type="checkbox"/> Oropharynxabstrich	<input type="checkbox"/> Nasopharynxabstrich
<input type="checkbox"/> Rachenspülflüssigkeit	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

## Symptome

Fieber    Husten    Atemnot    Halsschmerzen    Schnupfen    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"/> Sonstiges: _____

Untersuchungsmethode: Virusdirektnachweis mittels PCR (nicht akkreditierter Parameter)

\*Pflichtangaben