

Testart:

- Antigen-Schnelltest
(Nasen-Rachen-Abstrich)

Testgründe:

- eigenes Interesse (Reise etc.)
 Heimb Besuch
 Quarantäne/ Kontakttracing
 Symptome
 Bestätigungsanalyse

Covid-Zertifikat:

- Ja Nein
 Mail
 Papier
 Covid-App Transfer-Code:

Symptombeschreibung: (seit mehr als 4 Tagen: Ja / Nein)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schnupfen | <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Halsschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Verlust Geruch- /Geschmackssinn |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Müdigkeit, allgemeine Schwäche |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen | <input type="checkbox"/> andere Symptome: _____ |

Ein- und Ausschlusskriterien:

1. Haben Sie Vorerkrankungen? Medikamente? Sind Sie schwanger? Ja Nein
(Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Gerinnungsleiden, Atemwegserkrankungen, Krebs, Adipositas, Leber- oder Nierenerkrankung, etc.)
2. Arbeiten Sie im Gesundheitswesen mit direktem Patientenkontakt? Ja Nein
3. Hatten Sie kürzlich eine Nasenoperation, haben Sie eine Nasenscheidewandverkrümmung oder chronisch verengte Nasengänge? Ja Nein
4. Sind Sie bereits vollständig gegen Covid-19 geimpft? Ja Nein

Name: _____

Vorname: _____

Aufklärung & Einwilligung:

Mit der Unterschrift wird folgendes bestätigt, resp. akzeptiert:

- Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben*
 Einwilligung zur Datenbearbeitung*
 Einwilligung zur Probeentnahme und Testdurchführung*

* Siehe separate Erläuterungen auf Zusatzblatt

Telefonnr.: _____

Mailadresse: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Rezept-Etikette:

(Von der Apotheke aufzukleben)

Von der Apotheke auszufüllen

Abrechnung:

- Selbstzahler Kostenübernahme durch KK

Testdokumentation:

- Roche Abbott

Entnahmedatum: _____ Uhrzeit: _____ Visum: _____

Testresultat:

- positiv** PCR-Bestätigungsanalyse nötig
 negativ Covid-Zertifikat erstellt - Visum: _____
 Mitteilung Testresultat an getestete Person (persönlich / in Covid-App / Telefon/ Mail / SMS)
 Meldung an BAG am: _____ um: _____ Visum: _____

Erläuterungen zur Aufklärung und Einwilligung

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit folgenden Punkten einverstanden:

- Sämtliche im Fragebogen angegebenen Daten von Ihnen sind richtig und vollständig.
- Sie haben Informationen zum durchzuführenden Test und der Bedeutung der möglichen Ergebnisse erhalten.
- Sie sind mit der Probenentnahme, der Datenbearbeitung, der Meldung an die zuständige kantonale Behörde sowie an das Bundesamt für Gesundheit (BAG), im Falle eines Arztkontaktes der vertraulichen Weiterleitung der Patientendaten an den Arzt sowie im Fall eines PCR-Tests der Beauftragung eines bewilligten Labors zur Analyse einverstanden.
- Falls aufgrund eines positiven Schnelltests eine PCR-Bestätigungsanalyse nötig wird, stimmen Sie einer erneuten Probenentnahme und der Beauftragung eines bewilligten Labors zur Analyse zu. Falls die Probenentnahme für den PCR-Test nicht in der gleichen Apotheke möglich ist, wurden Sie über andere Möglichkeiten für eine PCR-Testung informiert.
- Sie wurden über allfällig entstehende Kosten informiert.
- Allfällige Fragen konnten Sie vorgängig mit einer Fachperson klären. Sie haben keine weiteren Fragen.

Für Selbstzahler: Testkosten in unserer Apotheke

PCR-Test	CHF 160
Antigen-Schnelltest	CHF 36

Weiterführende Informationen finden sich auf den Webseiten des BAG



Coronavirus: Testen



Coronavirus: Impfung



Coronavirus: Covid-Zertifikat

BAG Infoline Coronavirus: +41 58 463 00 00, täglich 6 bis 23 Uhr

BAG Infoline Covid-19-Impfung: +41 800 88 66 44, täglich 6 bis 23 Uhr