

Fragebogen Covid-19 (BITTE vollständig ausfüllen und DEUTLICH SCHREIBEN!)

Personenbezogene Angaben		Abstrichnummer:	Barcode Etikett
Name		Vorname:	
Geburtsdatum		Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Straße, Hausnr.		PLZ, Ort:	
Telefonnummer:		ggf. E-Mail-Adresse	
Name der Krankenversicherung:		Versicherungsnummer:	
Versichertennummer:		Status: <input type="checkbox"/> 1= Mitglied <input type="checkbox"/> 2= familienversichert <input type="checkbox"/> 3= Rentner	
Hausarzt		Telefonnummer	
Anschrift		PLZ, Ort	

Ich bin damit einverstanden, dass mein Laborergebnis an meinen o. g. Hausarzt weitergeleitet wird.

Datum, Unterschrift

Leiden Sie aktuell unter folgenden Symptomen?			
<input type="checkbox"/> KEINE	<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Schnupfen	<input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit
<input type="checkbox"/> Hals-/ <input type="checkbox"/> Kopf-/ <input type="checkbox"/> Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/> Fieber	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Geruchs-/ <input type="checkbox"/> Geschmackssinn beeinträchtigt
Sind bei Ihnen chronische Grunderkrankungen bekannt?			
<input type="checkbox"/> KEINE	<input type="checkbox"/> Lungenerkrankung, z. B. Asthma / COPD		<input type="checkbox"/> Krebserkrankung
<input type="checkbox"/> Immunschwäche	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 / 2		<input type="checkbox"/>

Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage auf einer Veranstaltung? (z. B. Konzert, Messe, Demo, Turnier, etc.)	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wo:

WICHTIG! Aktueller Beruf / Arbeitgeber bzw. besuchte Schule oder Kita + ggf. ehrenamtliche Tätigkeit	

Grund der Testung

<input type="checkbox"/> Mit Covid-19 zu vereinbarende Symptomatik (Testung beim Hausarzt als Kassenleistung)	Fall 1
<input type="checkbox"/> Meldung über Corona-Warn-App (Testung beim Hausarzt als Kassenleistung)	Fall 2

Hatten Sie Kontakt zu einer Person, die positiv auf das Coronavirus getestet wurde?				
<input type="checkbox"/> ja	Name / Wohnort der Person:			
Fall 2				
Art / Ort des Kontaktes:	<input type="checkbox"/> direkt	<input type="checkbox"/> indirekt (Abstand > 1,5m)	<input type="checkbox"/> Familienkreis	<input type="checkbox"/> Feier
<input type="checkbox"/> Arbeitsplatz / Meeting	<input type="checkbox"/> Kita / Schule, etc.:			
<input type="checkbox"/> Pflege-/ Betreuungseinrichtung:				
Fall 3				

Ich habe mich innerhalb der letzten 14 Tage aufgehalten in:		Fall 2
und wünsche einen Abstrich (beim Hausarzt auf eigene Kosten)		

Neu- / Wiederaufnahme Pflege-/Betreuungseinrichtung oder ambulante Behandlung im KH/OP	Fall 4
<i>Bei Symptomen: Fall 2 (Quarantänebescheid ausgeben!)</i>	
<input type="checkbox"/> ja, Name der Einrichtung / der Praxis:	
Ansprechpartner + Faxnummer:	

Ich wünsche eine direkte Weiterleitung des Laborergebnisses an die von mir oben benannte Einrichtung / Praxis

Datum, Unterschrift

Findet dieser Abstrich im Rahmen einer Präventivtestung des Kreises Lippe statt, z. B. Kita-MA?	Fall 4
<i>Bei Symptomen: Fall 2 (Quarantänebescheid ausgeben!)</i>	
<input type="checkbox"/> ja, Name der Einrichtung:	

Ich bestätige die Richtigkeit meiner getätigten Angaben. _____
Datum, Unterschrift

Nur bei Erhalt eines Quarantänebescheides:
<input type="checkbox"/> Die mir mit dem Bescheid mitgeteilten Verhaltensregeln und die angeordnete Quarantäne werde ich einhalten.
Datum, Unterschrift