



## Covid-19-Test in der Apotheke - Fragebogen

Nachname	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>
Krankenkasse	<input type="text"/>
Krankenkasse Karten-Nr (807560)	<input type="text"/>
Handy Nummer	<input type="text"/>
Covid Certificate Transfer Code	<input type="text"/>

Haben Sie Symptome?  Ja  Nein

Sind Sie vollständig geimpft oder haben bereits eine Covid-19 Infektion durchgemacht?  Ja  Nein

Falls der Schnelltest positive ausfällt, muss das Ergebnis unverzüglich mittels PCR-Test bestätigt werden. Ich stimme in diesem Fall einer erneuten Probenentnahme und der Beauftragung eines bewilligten Labors zur Analyse zu.

Ich habe Informationen zum durchführenden Test, den Kosten und der Bedeutung der möglichen Ergebniss erhalten. Allfällige Fragen konnte ich vorgängig mit einer Fachperson klären. Ich habe keine weiteren Fragen. Durch meine Unterschrift erkläre ich mich mit der Probenentnahme, der Datenbearbeitung, der Meldung and die zuständige kantonale Behörde sowie an das Bundesamt für Gesundheit (BAG), im Fall eines Arztkontaktes der vertraulichen Weiterleitung der Patientendaten an den Arzt sowie im Fall eines PCR-Tests der Beauftragung eines bewilligten Labors zur Analyse einverstanden.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass sämtliche im Fragebogen angegebenen Daten richtig und vollständig sind.

Ort/Datum

Unterschrift der getesteten Person: \_\_\_\_\_