

Anmeldung Labor

Vor- und Zuname:

Sozialversicherungsnummer / Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Adresse:

PLZ und Ort:

Telefon Nummer:

E-Mailadresse:

Laboranforderung:

Hiermit bestätige ich, derzeit keine der untenstehenden Symptome aufzuweisen und mich in den letzten 14 Tagen nicht in direktem Kontakt mit einer auf Covid-19 positiv getesteten Person befunden zu haben:

- Husten
- Halsschmerzen
- Kurzatmigkeit
- Katarrh der oberen Atemwege
- plötzlicher Verlust des Geschmacks-/Geruchssinnes

.....
Datum

.....
Unterschrift