

Anmeldung PCR Test



Vor- und Zuname: _____

Sozialversicherungsnr./Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail Adresse: _____

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 Atemweg
- plötzlicher Verlust des Geschmacks-Geruchssinnes

Datum

Unterschrift

PCR-Test

ausschließlich nach telefonischer Terminvereinbarung

Mo-Fr 10:00 - 11:00

Befundabholung Öffnungszeiten

Mo-Do 07:00 - 20:00

Fr 07:00 - 18:00

Sa 09:00 - 12:00

(Bei Befundabholung bitte Lichtbildausweis vorzeigen)