

Covid-19-Test in der Apotheke

Triage-Fragebogen zum Antigen-Schnelltest oder PCR für Personen ab 6 Jahren

Auswahl Covid-Testverfahren: **Antigen-Schnelltest** **PCR-Test**

1. Einschluss- / Ausschlusskriterien:

Ja **Nein**

Leiden Sie aktuell unter Symptomen?

Haben Sie bereits zuhause einen Covid-Selbsttest gemacht?

Falls ja, war dieser positiv negativ

Haben Sie kürzliche stattgefundene Verletzungen oder operative Eingriffe an der Nase oder den Nasennebenhöhlen gehabt?

Haben Sie eine gravierende Nasenscheidewandverkrümmung

Benötigen Sie ein Covid-Zertifikat?

2. Angaben zur getesteten Person

Falls Sie Ihre Krankenkassenkarte dabeihaben, brauchen wir nur Telefonnr. & E-Mail (bei Reise PCR PassNr.)

Vorname: Nachname:

Geburtsdatum: PassNr.: (nur Reise-PCR):

Strasse: **Telefonnr.:**

PLZ / Ort: **E-Mail:**

3. Aufklärung und Einwilligung

Ich habe Informationen zum durchzuführenden Test, den Kosten und der Bedeutung der möglichen Ergebnisse erhalten. Ich habe keine weiteren Fragen. Durch meine Unterschrift erkläre ich mich mit der Probeentnahme, der Datenbearbeitung, der Meldung an die zuständige kantonale Behörde, an das Bundesamt für Gesundheit und der Beauftragung eines bewilligten Labors zur Analyse (PCR) einverstanden.

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

Ort / Datum: Unterschrift der zu testenden Person: