

## Anmeldung für das Abstrichzentrum der Universitätsmedizin Greifswald

Das vollständig ausgefüllte Formular ist zwingend vorab per Fax  
an folgende Nummer zu senden: **03834 86-4498**

### Grund der Anmeldung/ Risikoprofil (Bitte ankreuzen)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fieber (AKN oder SZ)   | <input type="checkbox"/> erhöhtes Risiko in Corona-Warn-App angezeigt   |
| <input type="checkbox"/> Geruchs-/ Geschmacksverlust (AKN oder SZ)                                | <input type="checkbox"/> symptomatisch (AKN oder SZ)  |
| <input type="checkbox"/> unspezifische Allgemeinsymptome (AKN o. SZ)                              | <input type="checkbox"/> asymptomatisch (RVO 2)   |
| <input type="checkbox"/> Erkältungssymptome (Husten, Schnupfen,<br>Halsschmerzen) (AKN oder SZ)   | <input type="checkbox"/> Wunschtellung * (SZ)   |
| <input type="checkbox"/> andere mit COVID-19 vereinbare Symptome:<br>Bitte angeben: (AKN oder SZ) | <input type="checkbox"/> Aufnahme in ext. Krankenhäusern,<br>Reha-Einrichtungen oder Pflegeheimen sowie<br>Aufnahme von Begleitpersonen (RVO 4) |
| _____   | <input type="checkbox"/> positiver Antigen-Schnelltest bzw.<br>Antigen-Selbsttest (RVO4)  |

Kontakt zu bestätigtem COVID-19-Fall (RVO 1)

#### Hinweise:

Aufenthalte in Risikogebieten (im In- oder Ausland)  
sind seit dem 15.12.2020 vollständig entfallen und  
demzufolge nicht mehr über die RVO abrechenbar.

Präventiv-Testung für Personal pädagogischer  
Einrichtungen zum 01.04.2021 entfallen

\* Keine Kassenleistung lt. KVMV

### Anmeldung durch (Bitte ankreuzen und ausfüllen)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hausärztin_Hausarzt | <input type="checkbox"/> Durchgangspraktikant_Durchgangspraktikant | <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt<br>Bitte Ort angeben: |
|--|--|---|

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

BSNR: \_\_\_\_\_

### Angemeldete\_r Patient\_in (Bitte ausfüllen)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Hiermit beauftragen wir die Abstrichuntersuchung für COVID-19 und bestätigen die Richtigkeit  
der Versicherungsdaten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Beauftragenden