

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,
Halsschmerzen) (AKN oder SZ) | <input type="checkbox"/> Wunschtellung * (SZ) |
| <input type="checkbox"/> andere mit COVID-19 vereinbare Symptome:
Bitte angeben: (AKN oder SZ) | <input type="checkbox"/> Aufnahme in ext. Krankenhäusern,
Reha-Einrichtungen oder Pflegeheimen sowie
Aufnahme von Begleitpersonen (RVO 4) |
| _____ | <input type="checkbox"/> positiver Antigen-Schnelltest bzw.
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"/> Durchgangsjärztin_Durchgangsarzt | <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt
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