

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)

**positiver Antigen-Schnelltest bzw.
Antigen-Selbsttest**
(Verhütung der Verbreitung)

Hinweis:

Mit Inkrafttreten der zum 01.07.2022
geänderten Testverordnung entfallen die
Testungen für rein symptomatische
Patient*innen.

**Aufnahme in ext. Krankenhäusern,
Reha-Einrichtungen oder Pflegeheimen
sowie Aufnahme von Begleitpersonen**
(Verhütung der Verbreitung)

Eine Anmeldung im PCR-Abstrichzentrum der
Universitätsmedizin Greifswald ist aus diesem
Grund nur noch für die auf der linken Seite
angegeben Gründe möglich.

Wunschtestung* (Selbstzahler*in)

* Keine Kassenleistung lt. KVMV

Anmeldung durch (Bitte ankreuzen und ausfüllen)

Hausärztin_Hausarzt

Durchgangspräsidentin_Durchgangspräsident

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