

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Geschäftsbereich Patientenmanagement
Abteilung Patientenaufnahme

Anmeldung für das Abstrichzentrum der Universitätsmedizin Greifswald

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

Risikoprofil:

<input type="checkbox"/> respiratorische Symptome	<input type="checkbox"/> Aufenthalt in Risikogebieten
<input type="checkbox"/> Fieber	<input type="checkbox"/> Aufenthalt in Regionen mit COVID-19-Fällen
<input type="checkbox"/> Kontakt zu bestätigtem COVID-19-Fall	<input type="checkbox"/> _____

Anmeldung durch Gesundheitsamt:

<input type="checkbox"/> Rostock	<input type="checkbox"/> MSE Demmin	<input type="checkbox"/> VR Stralsund	<input type="checkbox"/> VG Pasewalk
<input type="checkbox"/> LRO Güstrow	<input type="checkbox"/> MSE Neubrandenb.	<input type="checkbox"/> VR Bergen	<input type="checkbox"/> VG Anklam
<input type="checkbox"/> LRO Bad Doberan	<input type="checkbox"/> MSE Neustrelitz	<input type="checkbox"/> VR Ribnitz-Damg.	<input type="checkbox"/> VG Greifswald
<input type="checkbox"/> Schwerin	<input type="checkbox"/> MSE Müritz	<input type="checkbox"/> VR Grimmen	<input type="checkbox"/> _____

Anmeldung durch Hausärztin oder Hausarzt:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

BSNR: _____

Angemeldete*r Patient*in:

Telefonnummer: _____

Hiermit beauftragen wir die Abstrichuntersuchung für COVID-19.
Darüber hinaus bestätigen wir die Richtigkeit der Versicherungsdaten.

Unterschrift und Stempel des Beauftragenden

Anmeldung für das Abstrichzentrum der Universitätsmedizin Greifswald

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

Risikoprofil:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> respiratorische Symptome | <input type="checkbox"/> Aufenthalt in Risikogebieten |
| <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Aufenthalt in Regionen mit COVID-19-Fällen |
| <input type="checkbox"/> Kontakt zu bestätigtem COVID-19-Fall | <input type="checkbox"/> _____ |

Anmeldung durch Gesundheitsamt:

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rostock | <input type="checkbox"/> MSE Demmin | <input type="checkbox"/> VR Stralsund | <input type="checkbox"/> VG Pasewalk |
| <input type="checkbox"/> LRO Güstrow | <input type="checkbox"/> MSE Neubrandenb. | <input type="checkbox"/> VR Bergen | <input type="checkbox"/> VG Anklam |
| <input type="checkbox"/> LRO Bad Doberan | <input type="checkbox"/> MSE Neustrelitz | <input type="checkbox"/> VR Ribnitz-Damg. | <input type="checkbox"/> VG Greifswald |
| <input type="checkbox"/> Schwerin | <input type="checkbox"/> MSE Müritz | <input type="checkbox"/> VR Grimmen | <input type="checkbox"/> _____ |

Anmeldung durch Hausärztin oder Hausarzt:

Name, Vorname: _____
Anschrift: _____
BSNR: _____

Angemeldete*r Patient*in:

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____
Krankenkasse: _____
Versichertennummer: _____
Telefonnummer: _____

Hiermit beauftragen wir die Abstrichuntersuchung für COVID-19.
Darüber hinaus bestätigen wir die Richtigkeit der Versicherungsdaten.

Unterschrift und Stempel des Beauftragenden