

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 | <input type="checkbox"/> erhöhtes Risiko in Corona-Warn-App angezeigt |
| <input type="checkbox"/> Geruchs-/ Geschmacksverlust | <input type="checkbox"/> Wunschtestung (z.B. Aufnahme in Rehaklinik,
Privatpersonen, Arbeitgeber,
Aufenthalt in Nicht-Risikogebiet) ** |
| <input type="checkbox"/> unspezifische Allgemeinsymptome | |
| <input type="checkbox"/> Erkältungssymptome (Husten, Schnupfen,
Halsschmerzen) | <input type="checkbox"/> Aufenthalt in Risikogebiet (In- und Ausland) |
| <input type="checkbox"/> andere mit COVID-19 vereinbare Symptome:
Bitte angeben:
_____ | <input type="checkbox"/> innerhalb Deutschlands
Bitte Landkreis angeben:
_____ |
| <input type="checkbox"/> Kontakt zu bestätigtem COVID-19-Fall | <input type="checkbox"/> außerhalb Deutschlands
Bitte Land angeben:
_____ |
| <input type="checkbox"/> Präventiv-Testung Personal pädagogischer
Einrichtungen * | |

* Bestätigung durch die Beschäftigungsstelle erforderlich (Bitte vorlegen) ** Keine Kassenleistung lt. KVMV

Anmeldung durch (Bitte ankreuzen und ausfüllen)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hausärztin_Hausarzt | <input type="checkbox"/> Durchgangsarztin_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

Nur durch Abstrichzentrum ausfüllen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> AKN (auch bei Warn-App und
pädagog. Personal) | |
| <input type="checkbox"/> Selbstzahler_in | <input type="checkbox"/> Asymptomatisch |
| <input type="checkbox"/> Coro-Rückkehrer | <input type="checkbox"/> BG |

Unterschrift und Stempel des Beauftragenden