

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"/> Wunschtестung ** (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 (RVO 4) |
| _____ | <input type="checkbox"/> Aufenthalt in Risikogebiet (In- und Ausland) |
| <input type="checkbox"/> Kontakt zu bestätigtem COVID-19-Fall (RVO 1) | <input type="checkbox"/> innerhalb Deutschlands (RVO 5)
Bitte Landkreis angeben: |
| <input type="checkbox"/> Präventiv-Testung Personal pädagogischer
Einrichtungen * (AKN) | _____ |
| | <input type="checkbox"/> außerhalb Deutschlands (CR)
Bitte Land angeben: |
| | _____ |

* 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

Unterschrift und Stempel des Beauftragenden