

Terminanforderung für Covid-Abstrich

Wir melden folgende Patienten für einen Abstrich an einem Corona-Abstrichstützpunkt an:

Bitte die Daten vollständig erfassen!

Name Vorname	Geb. Datum	PLZ Wohnort	Strasse Hausnummer	Krankenkasse + Versicherten-Nr.	Handy-Nr. Patient* E-Mail Patient*	Abstrich-indikation
						<input type="checkbox"/> Symptomatisch <input type="checkbox"/> Kontaktperson <input type="checkbox"/> Warn-App <input type="checkbox"/> Reiserückkehrer Inland <input type="checkbox"/> Reiserückkehrer Ausland <input type="checkbox"/> Bildungseinrichtung <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Reha/Heim/amb. OP
						<input type="checkbox"/> Symptomatisch <input type="checkbox"/> Kontaktperson <input type="checkbox"/> Warn-App <input type="checkbox"/> Reiserückkehrer Inland <input type="checkbox"/> Reiserückkehrer Ausland <input type="checkbox"/> Bildungseinrichtung <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Reha/Heim/amb. OP
						<input type="checkbox"/> Symptomatisch <input type="checkbox"/> Kontaktperson <input type="checkbox"/> Warn-App <input type="checkbox"/> Reiserückkehrer Inland <input type="checkbox"/> Reiserückkehrer Ausland <input type="checkbox"/> Bildungseinrichtung <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Reha/Heim/amb. OP

Stempel:	
Ort / Landkreis:	
Rück-Faxnummer*:	

***Wir informieren Sie und die Patienten entsprechend über die vergebenen Termine und Befunde.**

Meldung bitte an FAX: (03643) 4950 450