

COVID-19 Antigen Schnelltest



TESTPERSON:

Nachname	Vorname
Sozialversicherungsnummer	Geburtsdatum
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Straße und Hausnummer
Telefonnummer	Postleitzahl und Wohnort
E-Mail-Adresse	
Testtermin (Datum, Uhrzeit)	Testort
	Nationalpark-Apotheke Molln

Bei Personen mit rechtlicher Vertretung ist folgender Abschnitt durch die rechtliche Vertretung auszufüllen:

Nachname	Vorname
Sozialversicherungsnummer	Geburtsdatum
Telefonnummer	E-Mail-Adresse

Hinweise

- Ich nehme zur Kenntnis, dass zur Durchführung der Untersuchung eine Entnahme einer Probe aus der Nasenhöhle/Rachen notwendig ist.
- Ich bin einverstanden, dass geschultes Personal die Probe entnimmt. Das verwendete Probenstäbchen ist speziell für die Entnahme der Probe entwickelt worden und die Gefahr einer Verletzung der Nasen-/Rachenschleimhaut ist durch die besondere Beschaffenheit sehr gering, aber nicht vollständig auszuschließen.
- Ich bin einverstanden, dass im Fall eines positiven Ergebnisses die Information an die BH-Kirchdorf weitergeleitet wird, da es sich bei Covid-19 um eine meldepflichtige Erkrankung handelt.

(Ort, Datum und Unterschrift)

Nur durch Fachpersonal auszufüllen:

Datum der Auswertung	Uhrzeit der Auswertung

Testergebnis:

POSITIV **NEGATIV**

Ablesung des Testergebnisses durch: _____

(Datum und Unterschrift)