Patienten-Formular für Test auf Corona / COVID 19

Liebe Patientin, lieber Patient!
bitte beantworten Sie die hier aufgeführten Fragen wahrheitsgemäß und bestätigen Sie dies mit Ihrer Unterschrift. Wir benötigen dieses Formular in jedem Falle vor Terminvergabe für den Test.

1. **Name, Vorname, geb. am _____**

2. Krankenkasse: _____

3. E-Mail, Telefonnummer, Handynummer: _____

4. Hausarzt, Name, Faxnummer:_____

5. Warum möchten Sie sich auf Corona testen lassen?
_____

Medizinische Indikation:
O Ich war in einem Risikogebiet
O Ich hatte Kontakt mit einem positiv getesteten Patienten
O Ich habe seit _____ Tagen einen Infekt mit:
O Husten, O Fieber, O Verlust von Geschmacksinn
O Ich habe Angst, diese Erkrankung zu haben, bin jedoch beschwerdefrei.

Für den Fall, dass keine Krankheitssymptome bestehen und ich nur Angst habe, mich angesteckt zu haben, ohne Begründung, bin ich darüber informiert worden, dass ich die Kosten für den Test ggf. privat zahlen muss, falls meine Krankenkasse die Kosten verweigert.
Die Kosten betragen ca. 100.-€. Die Rechnung erhalten Sie direkt vom Labor.

Für die Übermittlung der Ergebnisse der Testung, welches nach Angaben unseres Labor 1-2 Tage benötigt, bitte ich um Angabe Ihrer Kontaktdaten, s.o.
Das Testergebnis wird vom Labor an uns schnellstmöglich per Fax oder telefonisch übermittelt.
Wir werden Sie dann unverzüglich kontaktieren, insbesondere bei Positiv-Testung.
Bitte sehen Sie von Telefonaten in die Praxis ab, da aufgrund der Vielzahl von Anrufen die Leitungen überlastet sind.

Für den Fall, dass Ihr Test positiv ist, werden wir Ihnen Angaben zum weiteren Verhalten machen.
Allgemein können Sie sich auch über unseren **Video-Blog**, der mit der Homepage des Lungenarztzentrums Mannheim verlinkt ist, informieren.

_____ _____
Datum ***Unterschrift des Patienten***