

## BITTE AUSFÜLLEN:

Krankenkasse / Kostenträger: \_\_\_\_\_

eGK Nummer: \_\_\_\_\_

NAME, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Mobilnummer: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

## WIRD VOM TESTZENTRUM AUSGEFÜLLT:

1

**Überweisung** durch Arzt / Gesundheitsamt / ÄBD / Meldung per CORONA-Warn-App

2

### Mit Symptomen

Fieber                       Husten                       Luftnot                       Muskel-/Gelenkschmerzen  
 Halsschmerzen    Kopfschmerzen    Übelkeit                       Erbrechen  
 Durchfall                       Geruchs- und Geschmacksstörungen    sonstige / andere

3

### Keine Symptome

Kontakt zu positiv getesteter SARS-CoV-2 Person: in  Familie    Beruf    Sonstiges  
 vor ambulanter OP / Aufnahme in Gesundheitseinrichtung  
 Testung nach Ausbruch in einer Einrichtung

eGK-Karte vorgelegt

Vorerkrankungen: \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**WIRD BEI UNTERSUCHUNG DURCH ARZT AUSGEFÜLLT:**

**Befund der körperlichen Untersuchung:**

**Diagnose:**

V. a. grippaler Infekt

V. a. Corona

U07.1

V. a. Pneumonie ( links  rechts  beidseitig)

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Therapie/Rezept:**

rot: \_\_\_\_\_  grün: \_\_\_\_\_  blau: \_\_\_\_\_

rot: \_\_\_\_\_  grün: \_\_\_\_\_  blau: \_\_\_\_\_

**Prozedere für Praxis:**

SARS-CoV-2 Test

Stat. Einweisung:  nein

ja, wohin?

\_\_\_\_\_

AU:

vom \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Datum / Unterschrift Arzt: \_\_\_\_\_

Stempel