

**Patienten-
Anmeldebogen
Abstrichambulanz**
Per Fax an 07621 410-2199

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße, Hausnr. _____
PLZ, Wohnort _____
Telefonnummer: _____
Handynummer: _____
E-Mail-Adresse: _____

Bitte um Befundmitteilung an meine Praxis wie folgt:

☐ Fax: _____ ☐ E-Mail: _____
☐ Postalisch an (Praxisstempel):

Kontakt zu bestätigtem Fall: ☐ Nein ☐ Ja, zuletzt am: _____
Symptome: ☐ Nein ☐ Ja, seit _____
☐ Fieber ☐ Husten ☐ Schnupfen
☐ Halsschmerzen ☐ V.a. Pneumonie
Arbeit in kritischer Infrastruktur ☐ Nein
☐ Ja, wo?: _____
☐ Krankenhaus ☐ Pflegeheim ☐ Arztpraxis
☐ Rettungsdienst ☐ Polizei
☐ andere _____
Aufenthalt in RKI-Risikogebiet: ☐ Nein
☐ Ja, in: _____ Rückkehr am _____
Risikopatient aufgrund von Vorerkrankungen ☐ Nein ☐ Ja
Hinweise:

Datum

Unterschrift

Praxisstempel