



BG, I-3 Patientenadmin. - Eintritt



ST_5 - Eintrittsformular

Patientenetikette

FRAGEBOGEN COVID-19**Patient/-in**

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht: w m

Strasse:

PLZ/Wohnort:

Kanton:

Telefon Handy:

Telefon intern, falls vorhanden:

E-Mail:

Gesundheitspersonal: Ja Nein

wenn ja: intern extern

Nationalität: CH andere

Wohnsitz, falls nicht CH:

Beruf:

Adresse Arbeitgeber:

Versicherung:

allgemein Halbprivat Privat

Versicherungs-Nr.:

AHV-Nummer:

Diagnose und Manifestation**Beschwerdebeginn:****Symptome:**

- ☐ Fieber > 38 °C
☐ Kopfschmerzen
☐ Magen-/Darm-Beschwerden
☐ Muskelschmerzen
☐ Akute Verwirrtheit oder Verschlechterung des Allgemeinzustandes bei Senioren
☐ Andere Symptome:

- ☐ Husten
☐ Brustschmerzen
☐ Geruchsverlust
☐ Hautausschläge
☐ Keine Symptome
☐ Atembeschwerden
☐ Halsschmerzen
☐ Geschmacksverlust

Grunderkrankungen:

- ☐ Diabetes
☐ Chronische Nierenerkrankung
☐ Chronische Atemwegserkrankung
☐ Raucher
☐ Herz-Kreislauf-Erkrankung
☐ Hoher Blutdruck
☐ Übergewicht (BMI > 35)
☐ Schwanger
☐ Immunsuppression
☐ Krebs
☐ keine
☐ andere:

Kostenübernahme:

- ☐ Selbstzahler (Reiseattest)
☐ Kostenübernahme durch den Bund gemäss Covid-19 Verordnung

Telefonische Beratung bei positivem Testresultat:

Wenn bei Ihnen Corona nachgewiesen wird, werden Sie für eine kurze telefonische Beratung von einem unserer Mitarbeitenden des Teams Infektiologie/Innere Medizin kontaktiert. Diese telefonische Beratung wird nicht vom Bund übernommen, sondern wird über Ihre Krankenkasse/Franchise abgerechnet.

Wünschen Sie eine telefonische Beratung?

Ja Nein

Datum:

Unterschrift:

Wird durch das Personal des Testcenters ausgefüllt:**Grund für den Test:**

- ☐ Covid-19 Abstrich aufgrund von Krankheitssymptomen
☐ Covid-19 Abstrich aufgrund SwissCovid App/Kantonsarzt
☐ Covid-19 Antigen Schnelltest, ohne Symptome (kostenlos)
☐ Covid-19 Abstrich mit Reiseattest (Selbstzahler)
☐ Covid-19 Abstrich aufgrund Verkürzung Quarantäne

☐ PCR-Test☐ Antigen-Test

O2 Sättigung: _____

SENDEN