



BC-3 Patientenadmin. - Eintritt



ST_5 - Eintrittsformular

Patientenetikette

HIRSLANDEN

ANDREASKLINIK

FRAGEBOGEN COVID-19: AUSBRUCHSUNTERSUCHUNG

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht w m

Strasse:

PLZ/Wohnort:

Kanton:

Telefon Handy:

Telefon intern, falls vorhanden:

Gesundheitspersonal: Ja Nein

Nationalität: CH andere

Wohnsitz, falls nicht CH:

Beruf:

Arbeitgeber:

Versicherung:

allgemein Halbprivat Privat

Versicherungs-Nr.:

AHV-Nummer:

E-Mail:

Name der Institution**Abfrage Covid-19 Impfstatus**

Ich habe die «Corona-Impfung» bereits erhalten

Ich habe noch keine «Corona-Impfung» erhalten

Datum 1. Impfung:

Datum 2. Impfung:

Impfstoff:

(falls bekannt)

Abfrage Covid-19 Erkrankung

Ich bin in den letzten 6 Monaten positiv auf Covid-19 getestet worden:

Ich bin in den letzten 6 Monaten nicht positiv auf Covid-19 getestet worden.

Datum Test:

(bei Unklarheit, bitte Monat angeben)

Testart:

PCR Test

Antigen Schnelltest durch Fachperson

Selbsttest zu Hause

Einwilligung für die Übermittlung des Testresultats

Ich bin damit einverstanden, dass das Testresultat an meine Institution übermittelt wird.

Ich bin nicht damit einverstanden, dass das Testresultat an meine Institution übermittelt wird.

Testresultate werden in jedem Fall an den Kantonsarzt übermittelt.

Die Kosten werden vom Bund übernommen. Die Abrechnung läuft direkt über Ihre Krankenkasse.

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

Covid-19 Abstrich aufgrund SwissCovid App/Kantonsarzt

PCR-Test

Antigen-Test

SENDEN

Mit dem Senden des Formulars akzeptiere ich die Datenverarbeitung und bin mit den [AGB](#) und der [Datenschutzerklärung](#) einverstanden. Falls der Senden-Button nicht funktioniert, senden Sie das ausgefüllte Formular bitte an: mobilestesten.andreasklinik@hirslanden.ch