

Patientendaten – bitte gut leserlich ausfüllen	
Name, Vorname des Versicherten	
geb. am	Datum



**Faxnummer Praxis:**

**Telefonnummer Patient:**

### Indikation für eine PCR-Untersuchung auf SARS-CoV-2

Allgemeinsymptome oder akute respiratorische Symptome jeder Schwere mit oder ohne Fieber (seit wann?  )

#### UND

- 1. Kontakt zu einem gesicherten COVID-19-Fall (wann bestätigt?  )
- 2. Aufenthalt in einem Risikogebiet nach RKI-Definition, und zwar  und wann?
- 3. Aufenthalt in einer Region mit gehäuften COVID-19-Fällen, und zwar
- 4. Sonstige, und zwar

Dringlichkeit des Abstriches:

- dringend       bald       nächster Werktag

Kann der Patient eigenständig ein diagnostisches Zentrum / Anlaufpraxis aufsuchen?

- ja       nein

Ist eine Meldung ans Gesundheitsamt erfolgt?  ja       nein

Ist der Patient in Quarantäne?  ja       nein

AU Bescheinigung ausgestellt?

Bemerkungen:

Ihr Patient wird anhand Ihrer Einschätzung von einem Mitarbeiter kontaktiert.

Praxisstempel / Unterschrift

Bitte per Fax oder Mail an die Kassenärztliche Vereinigung –mail: [covid19@kvsh.de](mailto:covid19@kvsh.de) Fax: 04551/883-7400