

Faxnummer Praxis:

Telefonnummer Patient:

Name, Vorname, Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

**Zurzeit besteht keine ausreichende Testkapazität für die Abklärung
grippaler Beschwerden ohne weiteren Indikator!**

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

☐ Allgemeinsymptome und/oder ☐ akute respiratorische Symptome jeder Schwere
mit ☐ oder ohne ☐ Fieber (seit _____)

UND

☐ Direkter Kontakt zu einem gesicherten COVID-19-Fall (wann bestätigt? _____)

ODER

☐ Reiserückkehrer, Land: _____

WEITERE KRITERIEN

☐ Tätigkeit mit Kontakt zu vulnerablen Gruppen (☐ Pflege, ☐ Krankenhaus, ☐ Arztpraxis)

☐ Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe, und zwar _____
(z.B. onkolog. Pat. in lfd. Chemotherapie, Rheuma-/MS-Pat. unter Immunsuppression, etc.)

Kann der Patient eigenständig ein diagnostisches Zentrum / Anlaufpraxis aufsuchen?

☐ ja ☐ nein

Ist der Patient in häuslicher Isolation?

☐ ja ☐ nein

Bemerkungen:

Ihr Patient wird anhand Ihrer Einschätzung von einem Mitarbeiter kontaktiert.

**Stellen Sie bitte - wenn erforderlich - eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
aus!**

Praxisstempel / Unterschrift