

PATIENTENDATEN bitte gut leserlich eintragen!

Name:	Vorname:
PLZ, Wohnort:	Adresse:
Tel.:	mobil:
E-Mail:	Geburtsdatum:
Name des Hausarztes, Wohnort:	

DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Mit der Weitergabe meiner Daten an die behandelnden Personen bin ich einverstanden. Die behandelnden Personen verpflichten sich zur Einhaltung der Bestimmungen der DSGVO.

Datum _____

Unterschrift _____

TESTINDIKATION

Krankheitssymptome seit Datum _____

Symptom(e): _____

ohne Symptome:

Kontakt zu einer positiv getesteten Person

Corona-Warn-App

Lehrer*in oder Erzieher*in

Reiserückkehrer*in

Land: _____ aus Risikogebiet nicht Risikogebiet

Dauer des Aufenthalts (Tage): _____ Datum der Rückkehr _____

das ist der erste Test seit der Rückkehr

das ist der 2. Test Datum des 1. Testes: _____ Teststelle: _____

VON ARZT AUSZUFÜLLEN

Testlabor

Enders

TETEC

Limbach
