**COVID-19-Testung Probenentnahme-Protokoll**



Name/Vorname ………………………………………………………………..

Wohnadresse ………………………………………………………………..

 ………………………………………………………………..

Geburtsdatum ………………………………………….. O Weiblich O Männlich

Telefonnummer ………………………………………….. E-Mail ………………………………………….

Krankenkasse ………………………………………….. EU-Kartennr. 807 ………………………………………….

Hausarzt ………………………………………….. E-Mail (.hin) ………………………………………….

 ………………………………………….. Tel. ………………………………………….

**1. Grund für die Probenentnahme**

|  |  |
| --- | --- |
|  | COVID-Symptome seit maximal 4 Tagen: z.B.* akute Atemwegserkrankung (z.B. Husten, Halsschmerzen, Kurzatmigkeit)
* Fieber, Gliederschmerzen
* plötzlicher Verlust des Geruchs-oder Geschmackssinns
* Durchfall
 |
|  | Ohne Symptome:* gemäss Empfehlungen des BAG, angeordnet durch eine Ärztin oder einen Arzt
 |
|  | Nach einer Meldung einer Begegnung mit einem COVID-19- Fall durch die SwissCovid AppFrühestens am 5. Tag nach dem gemeldeten Kontakt |

**2. Einverständniserklärung für Probenentnahme für COVID-19 Schnelltest**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass für den PCR-Test auf COVID-19 eine Probe perinasal entnommen und diese im Schnellverfahren ausgewertet wird. Ich werde innerhalb von 30 Minuten durch die Apotheke über das Testresultat informiert. Bei positivem Resultat begebe ich mich unverzüglich nach Hause. Ich halte mich an die COVID-19-Anweisungen zur Isolation des BAG. Ich werde durch das Contact Tracing des Kantonsärztlichen Dienstes kontaktiert, welches die Isolation anordnet. Informationen zum Contact Tracing erhalte ich auch über [www.zh.ch/contacttracing](http://www.zh.ch/contacttracing).

Sollten im Verlauf der Isolation Fragen auftauchen oder sich der Zustand verschlechtern, muss der Hausarzt oder das Ärztefon (Tel. 0800 336655) kontaktiert werden. Falls die Kosten für den Schnelltest weder vom Bund, noch von meiner Krankenkasse übernommen werden, verpflichte ich mich, diese Kosten selber zu übernehmen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die hier angegebenen Daten streng vertraulich behandelt werden.

Ort, Datum:………………………………………. Unterschrift Patient:………………………………………………….