**PCR - Test : Anmeldeformular**



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

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

 ………………………………………………………………..

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

Handynummer ………………………………………….. E-Mail ………………………………………………………………………………..

Krankenkasse ………………………………………… Kartennummer: 80756…………………………………………………………

AHV-Nummer …………………………………………………………………

**1. Grund für die Probenentnahme** Krankenkassenkarte

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ohne Symptome, Reisebestätigung: mit Zertifikat (kostenpflichtig)Transfer-Code für Zertifikat: ……………………………………………. | nein |
|  | Mit Symptomen : kein Zertifikat | ja |
|  | Nachtestung nach einem positiven Speichel-PCR-Pooltest | ja |
|  | Anordnung kantonale Behörden, BAG, Contact Tracing, Swiss Covid-App | ja |
|  | Kinder unter 16 Jahren ohne Symptome: mit Zertifikat | ja |
|  | Bereits 1 x geimpfte Personen (bis 6 Wochen nach 1.Impfung, Impfbestätigung erforderlich): mit Zertifikat | ja |
|  | Personen, die sich aus medizinischen Gründen nicht impfen lassen können (ärztliches Attest erforderlich) : mit Zertifikat | ja |

**Zertifikat** O Deutsch O Italienisch O Französisch

**2. Einverständniserklärung für Probenentnahme für PCR-Test**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass für den PCR-Test auf COVID-19 eine Probe perinasal oder mittels Spucktest entnommen und diese in einem zertifizierten Labor ausgewertet wird. Ich werde innerhalb von 48 Stunden durch das Labor über das Testresultat informiert. Ich halte mich bis zur Bestätigung des Testergebnisses an die COVID-19 -Anweisungen des BAG oder der kantonalen Behörden. Bei einem positiven Testergebniss werde ich 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 mein Zustand verschlechtern, muss der Hausarzt oder das Ärztefon (Tel. 0800 336655) kontaktiert werden.

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

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

|  |
| --- |
| **Nicht ausfüllen!**Identität geprüft o Test: NRA o Datum ………………………….. Uhrzeit …………………. Visum ………… |