

Anmeldeformular

für das Corona-Testzentrum

Titel, Vorname, Name

geb.

Straße, Haus-Nr.

Plz, Ort

Telefon / Mobil

**Bitte füllen Sie diesen Bogen
vollständig aus.**

Auftragsdatum

Auftragsnummer

Testzentrum

Bernburg **Haldensleben** **Halberstadt** **Alfeld**

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name

Adresse

Telefon

Fax

Ich bin mit der Befundübermittlung an meinen Hausarzt einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass der Befund an das zuständige
Gesundheitsamt übermittelt wird.

Ja **Nein**

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. aller gesetzlich vertretenden Personen

Bitte beantworten Sie diese Fragen:

Haben Sie Erkältungssymptome? (Husten, Schnupfen, Halsschmerzen)

Ja **Nein**

Haben Sie Fieber?

Ja **Nein**

Waren Sie in einem Risikogebiet?

Ja **Nein**

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einem Corona-Infizierten?

Ja **Nein**

Wurde bei Ihnen schon einmal ein Test auf Corona durchgeführt?

Ja **Nein**