

COVID-19 Testung - Anmeldebogen

1. Persönliche Daten

Nachname		Vorname		Geschlecht <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d	
Geburtsdatum	Mobiltelefonnummer (bitte leserlich schreiben!)		Krankenversicherung ¹⁾ <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat		
Straße, Hausnummer		PLZ	Wohnort		

2. Berufliche Daten

Arbeitgeber	Arbeitsplatz (z.B. Standort/Gebäude und Station/Abteilung)
Berufsgruppe	

3. Exposition (innerhalb der letzten 14 Tage)

Enger Kontakt zu bestätigtem Fall <input type="checkbox"/> Mitarbeiter <input type="checkbox"/> Patient / Klient <input type="checkbox"/> privates Umfeld <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> nicht zutreffend	
Andere Exposition (z.B. Angabe Risikogebiet)	
Frühest mögliches Datum der Exposition (falls bekannt)	Spätest mögliches Datum der Exposition (falls bekannt)

4. Aktuelle Symptome¹⁾

Bestehen aktuell Symptome? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit (Datum):	
falls ja: Welche Symptome bestehen aktuell?	
<input type="checkbox"/> Fieber	<input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Halsschmerzen
<input type="checkbox"/> Schnupfen	<input type="checkbox"/> Verlust des Geruchs- und/oder Geschmacksinnes
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> andere: _____

5. Ergebnismitteilung

Sie erhalten das Ergebnis zeitnah per SMS (bitte deutsche Mobilnummer angeben und Nummer überprüfen!). Der Laborbefund wird baldmöglichst postalisch zugesandt.

* Hiermit bestätige ich, dass ich die „Patienteninformation zum Datenschutz“ gelesen habe. Ich stimme dem „Behandlungsvertrag für die ambulante Behandlung“, der „Einwilligungserklärung Datenschutz“ und dem „Vertrag über die Inanspruchnahme ambulanter privatärztlicher Leistungen“ (letzterer nur für Privatpatienten) in der als pdf-Dokument auf der Homepage des Tropeninstituts München vorliegenden Form zu (alle Dokumente sind abrufbar unter www.coronatest-tropeninstitut.de).

¹⁾* Mir ist bekannt, dass die Abrechnung der Diagnostik bei schwerwiegenderen Symptomen nicht zu Lasten des Bayerischen Testangebots geht, sondern über meine gesetzliche bzw. private Krankenkasse erfolgt. Das Tropeninstitut klärt explizit nicht, ob es sich um eine Zuständigkeit der Berufsgenossenschaft handelt.

* Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich die aktuell geltenden COVID-19 Regularien einzuhalten habe. Das bedeutet auch, dass ich bei einem positiven Testergebnis umgehend meinen Arbeitgeber informiere, um mögliche Infektionen im Arbeitsumfeld aufzuklären.

Ich bin damit einverstanden, ggf. zu SARS-CoV-2-spezifischen Studienzwecken telefonisch kontaktiert zu werden:

ja nein

Datum: _____ Unterschrift (bei Minderjährigen Erz.-Berechtigte): _____

Labor-Kleber

6. INTERNER Gebrauch (bitte NICHT ausfüllen):

Testergebnis: positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/>	Ergebnismitteilung: Patient <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/>
--	--

1. Bisherige Tests	
Ersttestung:	ja <input type="checkbox"/> ->weiter zu 2. nein <input type="checkbox"/>
erste Testung am Tropeninstitut	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Anzahl Tests bisher: _____	
bisher jemals positives Testergebnis	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
2. Aktueller Testanlass	
<input type="checkbox"/> Ersttestung nach Exposition	
<input type="checkbox"/> Folgetestung nach Exposition:	<input type="checkbox"/> bisher negativ <input type="checkbox"/> kürzlich positives Ergebnis (<14Tage)

Vitalparameter (nur bei deutlicher Symptomatik)		
Temperatur _____ °C	Sauerstoffsättigung: _____ %	Puls: _____ /min