

COVID-19 Testung - Anmeldebogen

1. Persönliche Daten

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

2. Berufliche Daten

Arbeitgeber	Arbeitsplatz (z.B. Station/ KUM-Mitarbeiter: Campus (INN/GH))
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. Aufenthalt in Risikogebiet)	
Frühest mögliches Datum der Exposition (falls bekannt)	Spätest mögliches Datum der Exposition (falls bekannt)

4. Aktuelle Symptome

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. Vitalparameter (werden bei Abstrich Entnahme im Zelt gemessen)

Temperatur _____	Sauerstoffsättigung: _____	Puls: _____
------------------	----------------------------	-------------

6. Ergebnismitteilung

Das Ergebnis des durchgeführten Tests wird dem für Sie zuständigen betriebsärztlichen Dienst mitgeteilt. Zusätzlich erhält jeder Patient sein Ergebnis zeitnah per SMS (bitte Mobilnummer überprüfen!).

* 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.tropinst.med.uni-muenchen.de).

* Mir ist bekannt, dass die Abrechnung der Diagnostik über meine gesetzliche bzw. private Krankenkasse erfolgt. Das Tropeninstitut klärt explizit nicht, ob es sich um eine Zuständigkeit der Berufsgenossenschaft handelt.

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

ja nein

Datum: _____ Unterschrift (bei Minderjährigen Erz. Berechtigter) _____

Name:

Vorname:

Geb. Dat:

INTERNER Gebrauch (bitte NICHT ausfüllen):

Testergebnis: positiv <input type="checkbox"/>	negativ <input type="checkbox"/>	Ergebnismitteilung:	Patient <input type="checkbox"/>
Ersttestung: ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		Gesundheitsamt <input type="checkbox"/>
wenn nein, wann: Ersttestung am ____ . ____ . ____			Betriebsarzt <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Folgetestung Nr. ____			
<input type="checkbox"/> Testung nach erneuter Exposition			