

Screeningbogen Praxis Dr. Hasselbach zum Corona-Antigen-Schnelltest

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Telefonnummer	
Email-Adresse	
Adresse	

Symptome	nein	Ja	Datum des Auftretens
Fieber			
Verlust von Geruch oder Geschmack			
Trockener Husten			
Abgeschlagenheit, Kopf- u Gliederschmerzen			
Erkältungssymptome			
Bauchschmerzen, Durchfall			
Atemnot, Brustschmerzen			

Kontaktprofil	nein	ja	Datum
Kontakt zu Corona-Patient in den letzten 14 Tagen			
Einreise aus einem Risikogebiet			

Behandlungsvertrag und Honorarvereinbarung

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bewusst, dass die Durchführung dieses Antigen-Schnelltests eine privatärztliche Leistung bzw. eine Selbstzahlerleistung ist. Die Testgebühr beträgt 69€ und ist vor Ort in der Praxis in bar oder durch Vorabüberweisung auf das Praxiskonto IBAN: DE69 5001 0517 5412 8987 80 BIC: INGDEFFXXX vor Durchführung des Tests zu entrichten (bitte den Beleg mitbringen). Im Falle eines positiven Testergebnisses bin ich verpflichtet, mit dem zuständigen Gesundheitsamt Kontakt aufzunehmen und mich bis zum Erhalt weiterer Informationen seitens des Gesundheitsamtes in häusliche Quarantäne zu begeben. Mir ist bekannt, dass meine Personalien bei positiver Testung im Rahmen der gesetzlichen Meldepflicht an das Gesundheitsamt weitergeleitet werden. Ebenso ist mir bewusst, dass jeder diagnostische Test falsch negativ oder falsch positiv ausfallen kann. Ich erkläre mich mit dieser Vereinbarung einverstanden.

Frankfurt, den

Unterschrift: