

SARS-CoV-2-Test (Abstrich) ohne persönliche ärztliche Konsultation

Das Testergebnis wird Ihnen direkt vom Labor per E-Mail und/oder SMS zugestellt.

Bei einem **positiven Testergebnis** bleiben Sie in **Isolation**. Der Kantonsärztliche Dienst Ihres Wohnkantons wird sich bei Ihnen melden und Ihnen weitere Informationen und Anweisungen geben.

Ist das **Testergebnis negativ**, beenden Sie die Isolation erst **24 Stunden nach Abklingen der Symptome**.

Personalien

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Strasse/Nr.:

PLZ: Ort: Land:

Telefon/Mobile: E-Mail:

Nationalität: Geschlecht: M W

Krankenversicherung: AHV-Nr.: 756.

⇒ Bitte die folgenden Fragen vor dem Test beantworten:

Leiden Sie unter einem der folgenden Symptome?

Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Kurzatmigkeit, Fieber (>38.0°C), Gliederschmerzen, Verlust des Geschmacks- oder Geruchssinns, Brustschmerzen.

Ja Seit wann?

nein (keine Symptome)

Sind Sie geimpft oder hatten Sie bereits Covid-19?

ja nein

Besteht bei Ihnen einer der folgenden Risikofaktoren?

Alter über 65 Jahre, Schwangerschaft, Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herzkrankheiten, Schlaganfall, Nierenschwäche), Diabetes, Atemwegserkrankung (z.B. COPD, Asthma), Immunschwäche (Immunsuppression, Leukämie, Lymphom), Übergewicht (BMI > 40 kg/m²)

ja nein

Hatten Sie einen positiven Selbst-, Schnell- oder Pooltest?

ja nein

Arbeiten Sie im Gesundheitswesen (direkter Patienten-Kontakt)?

ja nein

Wohnen Sie in einer sozialmedizinischen Institution (z.B. Alters-/Pflegeheim)?

ja nein

Eintrittsgrund

Hatten Sie engeren Kontakt zu einer infizierten Person?

ja nein

Haben Sie eine Meldung über die SwissCovidApp erhalten?

ja nein

Befinden Sie sich seit 7 Tagen in Quarantäne und möchten diese vorzeitig beenden?

ja nein

Wurden Sie vom Kantonsarzt/Contact Tracing zum Test geschickt?

ja nein

Einverständnis

Ich wünsche nur einen SARS-CoV-2-Test (Abstrich) und verzichte auf eine persönliche ärztliche Untersuchung und Beurteilung. Ich bin mit der elektronischen Übermittlung des Laborresultates an mich per E-Mail und/oder SMS einverstanden.

Datum: Unterschrift:

Nachfolgender Bereich wird von den Mitarbeitenden des Testzentrums ausgefüllt:

Test-Typ:

Antigen Schnelltest (ACR)

PCR Test (ACW / Notfallbetrieb)