

## COVID-19 Test (PCR-Test oder Antigen-Schnelltest)

Nachname: <i>(identisch mit Ausweis)</i>	Vorname: <i>(identisch mit Ausweis)</i>
Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Strasse:	PLZ/Ort:
Wohnsitzland:	Telefonnummer:
E-Mail:	
Krankenkasse:	AHV-Nummer:
Kartenummer der Versicherungskarte: (obligatorisch) 807 _____	
Hausarzt, Ort:	
Nationalität + Nummer des Passes/ID (nur für PCR-Test obligatorisch)	
TRANSFER-CODE (für Covid-Zertifikat → diesen Code können Sie in der CovidCertificateApp erstellen) _____	

### Aufklärung und Einwilligung

Ich habe die Informationen zum durchzuführenden Test, den Kosten und der Bedeutung der möglichen Ergebnisse erhalten. Ich habe keine weiteren Fragen. Durch meine Unterschrift erkläre ich mich mit der Probeentnahme mittels Nasenrachenabstrich, der Datenbearbeitung, der anschliessenden Meldung an das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und im Falle eines Kontakts mit dem Arzt der vertraulichen Weiterleitung der Patientendaten an den Arzt einverstanden. Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass sämtliche im Fragebogen angegebenen Daten richtig und vollständig sind.

Die Susten Apotheke informiert meinen Hausarzt im Falle eines positiven Schnelltestresultats.

- Ich bin NICHT einverstanden, dass die Susten Apotheke meinen Hausarzt im Falle eines positiven Testresultats informiert.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Schnelltest ohne Symptome**

- Kontakt bekannt mit positiv getesteter Person (Kontakt länger als 5 Tage her)
- Antigen-Schnelltest für Zertifikatspflicht**
- Antigen-Schnelltest zum Verkürzen der Quarantäne (mit schriftlichem Nachweis)
- Antigen-Schnelltest zu Reisezwecken (mit schriftlichem Nachweis)

**Schnelltest bei Symptomen**

Welche Symptome? \_\_\_\_\_

**PCR-Test zu Reisezwecken** (CHF 150.- vor Probeentnahme in der Apotheke zu bezahlen)

**PCR-Test bei Symptomen, falls einer der folgenden Punkte zutrifft:**

- Die Symptome haben vor mehr als 4 Tagen angefangen.
- Ich arbeite im Gesundheitswesen mit direktem Kontakt zu den Patienten.
- Ich habe einen Selbsttest durchgeführt und ein positives Ergebnis erhalten.
- Ich gehöre zu den besonders gefährdeten Personen.

---

**Zusätzliche Informationen:**

- Ich hatte kürzlich ein Nasentrauma/einen operativen Eingriff an Nase/Nasenhöhlen
- Ich habe eine gravierende Nasenscheidewandverkrümmung/enge Nasengänge.
- Ich habe ein erhöhtes Blutungsrisiko (z.B. Gerinnungsleiden).

---

**von der Apotheke auszufüllen:**

Testentnahme: Abbott Rapid Diagnostics    Datum: \_\_\_\_\_    Zeit: \_\_\_\_\_

**Testresultat:**

**positiv**

**negativ**

Testresultat an getestete Person gemeldet:

- Telefon    E-Mail    SMS    persönliche Abgabe    Covid Certificate App

Testresultat an BAG gemeldet am: Datum: \_\_\_\_\_    Uhrzeit: \_\_\_\_\_

PCR-Test an Kurier ausgehändigt: Datum: \_\_\_\_\_    Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Verrechnet an Krankenkasse

Direkt einkassiert Patient

Unterschrift des verantwortlichen Apothekers: \_\_\_\_\_