

Datum :

Uhrzeit :

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

## Triage-Fragebogen zum SARS-CoV-2-Test in der Susten Apotheke

### Angaben zur Person:

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) _ _ _ _ _	

### 1. PCR-Test?

Falls einer der folgenden Punkte zutrifft, muss ein PCR-Test gemacht werden.

→ Bitte alles Zutreffende ankreuzen.

- 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.

*Besonders gefährdete Personen sind:* Personen über 65 Jahre, Schwangere, Patienten mit Adipositas, Patienten mit Vorerkrankungen wie Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Chronische Atemwegserkrankungen, Krebs und Erkrankungen/Therapien, die das Immunsystem schwächen.

**PCR-Test zu Reisezwecken**

Kosten: CHF 150.-, vor der Probeentnahme in der Apotheke zu bezahlen  
Resultat erhältlich innert 24-30 Stunden.

PCR-Test für Reise: Weiter bei Punkt 3.

---

**2. Leiden Sie aktuell unter Symptomen?**

Gemäss den Verdachts-, Beprobungs- und Meldekriterien des BAG vom 12. März 2021.

**JA** → Bitte alles Zutreffende ankreuzen

- Symptome einer akuten Atemwegserkrankung (z.B. Husten, Halsschmerzen, Kurzatmigkeit, Brustschmerzen)
- Fieber
- Plötzlicher Verlust des Geruchs- und/oder Geschmackssinns
- Akute Verwirrtheit oder Verschlechterung des Allgemeinzustandes bei älteren Menschen
- Andere Symptome, nämlich: \_\_\_\_\_  
Zum Beispiel: Muskelschmerzen, Kopfschmerzen, allgemeine Schwäche, Schnupfen, Magen-Darm-Symptome (z. B. Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Bauchschmerzen), Hautausschläge.

**NEIN** → Keine Symptome, aber:

**ACHTUNG: Im Falle einer Kontrolle nach Kontakt mit einer positiv getesteten Person muss der Kontakt 5 Tage her sein (gilt auch für Familienmitglieder).**

- Meldung einer Begegnung durch die SwissCovid App erhalten
  - Kontakt bekannt mit positiv getesteter Person ohne Meldung der SwissCovid App
  - Test durch eine Ärztin/einen Arzt im Rahmen einer Ausbruchsuntersuchung angeordnet
  - Antigen-Schnelltest zur Eigenkontrolle
  - Antigen-Schnelltest zum Verkürzen der Quarantäne (mit schriftlichem Nachweis)
  - Antigen-Schnelltest zu Reisezwecken (mit schriftlichem Nachweis)**
- 

**3. Zusätzliche Informationen:** → Bitte alles Zutreffende ankreuzen. Ist keine Gegenanzeige für einen Test.

- Ich habe kürzlich ein Nasentrauma oder einen operativen Eingriff an der Nase oder den Nasenhöhlen gehabt.
- Ich habe eine gravierende Nasenscheidewandverkrümmung oder chronisch enge Nasengänge.
- Ich habe ein erhöhtes Blutungsrisiko (z.B. Gerinnungsleiden).

#### **4. 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 der getesteten Person: \_\_\_\_\_

**von der Apotheke auszufüllen:**

**Angaben zum Test / Durchführung Probeentnahme**

Test Hersteller: Abbott Rapid Diagnostics Lot: \_\_\_\_\_ Exp: \_\_\_\_\_

Interne Test-ID (int. Testnummer): \_\_\_\_\_

Hygienemassnahmen eingehalten

Entnahmedatum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Probeentnahme abgebrochen, weil:

Unwohlsein Kunde

Verzicht Kunde

Weiterleitung an Arzt

Andere: \_\_\_\_\_

**Evaluation und Ergebniskommunikation**

**Testresultat:**

**positiv**

**negativ**

Testresultat an getestete Person gemeldet am:

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

per Telefon  per E-Mail  per SMS  persönliche Abgabe  Covid Certificate App

Testresultat an BAG gemeldet am:

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Meldefrist: innerhalb von 2 Std. bei positiven / innerhalb von 24 Std. bei negativen Resultaten

PCR-Test an Kurier ausgehändigt

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Information an Hausarzt erfolgt

Verrechnet an Krankenkasse

Direkt einkassiert Patient

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



**Sustenstrasse 18**  
**3952 Susten**  
**T 027 473 33 30**  
**coronatest@susten-apotheke.ch**