

## Selbstauskunft vor Testung auf eine Infektion mit COVID-19

Im Rahmen des aktuellen Ausbruchsgeschehens mit dem neuartigen Coronavirus (COVID-19) muss die nachfolgende Selbstauskunft im Zusammenhang mit einer Testung erfolgen.

### PERSÖNLICHE ANGABEN:

Nachname (Familiename) \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_  weiblich  männlich  divers

Adresse: PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Straße / Nr. \_\_\_\_\_

**Wichtig!** Tel: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### KRANKENKASSE:



Quelle: [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

Hausarzt \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_

Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_

Ich bin  versicherungspflichtig  familienversichert

Rentner

### KRANKHEITSSYMPTOME:

Haben Sie Krankheitssymptome wie Fieber, Husten, Atemnot, Halsschmerzen, Geschmacks- oder Geruchsverlust?  JA  NEIN

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem bestätigten COVID-19- Fall  JA  NEIN

Weitere Angaben \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift

Der Abstrich wurde durchgeführt von \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ Kategorie: \_\_\_\_\_