

## Fragebogen zur bestätigenden PCR-Testung laut § 4b Coronavirus-Testverordnung

Name:  Vorname:

Geburtsdatum:  Adresse:

Handy:

Voraussetzung für diese PCR-Testung ist ein positiver Antigen-Schnelltest.

Wann erfolgte der Test? (Bitte Datum angeben.)

Seit wann haben Sie Krankheitsbeschwerden? (Bitte Datum angeben.)

Welche Beschwerden haben Sie? (Zutreffendes ankreuzen.)

Halsschmerzen  Husten  Schnupfen  Fieber über 38,5 °C

Abgeschlagenheit  Kopf- bzw. Gliederschmerzen

Waren Sie bereits an Covid-19 erkrankt?  ja  nein

Wenn ja, wann waren Sie erkrankt?

Sind Sie gegen Covid-19 geimpft?  ja  nein

Wenn ja, geben Sie an

Anzahl der erfolgten Impfungen:

Datum der letzten Impfung:

Impfstoff:

*Hinweis: Sie erhalten Ihr Ergebnis unter <https://portal.labor-stettisch.de/patportal/>. Den dazu notwendigen Barcode der Probe erhalten Sie von uns. Die Ergebnisse liegen üblicherweise am Folgetag vor. Bis Ihr negatives Ergebnis vorliegt, wird empfohlen, Kontakte zu meiden.*

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der obigen Angaben.

Datum:  Unterschrift:

---

### Erst nach Testdurchführung zu unterschreiben:

Ich bestätige hiermit, dass bei mir heute ein PCR-Test durchgeführt worden ist.

Datum:  Unterschrift:

---

### Für internen Gebrauch

Test durchgeführt am  um  Uhr

Testergebnis  negativ  positiv / Gesundheitsamt informiert am