

Spezialeinsendeschein SARS-CoV-2/COVID-19

Patientendaten*

Nachname, Vorname	
Geburtsdatum	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Adresse (Straße, PLZ, Wohnort)	
Versorgung	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant (zusätzlich Überweisungsschein beilegen!)
Versicherungsstatus	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Personaluntersuchung <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Einsenderdaten*

Einsenderstempel	
Name der Institution, ggf. Abteilung/Station, Adresse	Unterschrift behandelnder Arzt
	Telefonnummer (Anruf nur bei POSITIVEM PCR-Ergebnis)

Material/gewünschte Untersuchung*

Entnahmedatum: _____	Entnahmeuhrzeit: _____
Virusdirektnachweis mittels PCR:	
<input type="checkbox"/> Oropharynxabstrich	<input type="checkbox"/> Nasopharynxabstrich
<input type="checkbox"/> Rachenspülflüssigkeit	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
IgG-Antikörper-Nachweis/Serologie	
<input type="checkbox"/> Serum	

Symptome

<input type="checkbox"/> Fieber	<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Halsschmerzen	<input type="checkbox"/> Schnupfen	<input type="checkbox"/> Störung Geruchs-/Geschmackssinn
<input type="checkbox"/> gastrointestinale Symptomatik <input type="checkbox"/> Andere: _____					

weitere Angaben zum Patienten

relevante Vorerkrankungen	
Risikoanamnese bzgl. COVID-19	<input type="checkbox"/> Aufenthalt in internationalem Risikogebiet gemäß RKI: _____ <input type="checkbox"/> Aufenthalt in deutschem Risikogebiet/Ausbruchsgeschehen: _____ <input type="checkbox"/> Kontakt zu bestätigtem Fall (Art des Kontakts: _____) <input type="checkbox"/> Z. n. bestätigter Infektion mit SARS-CoV-2 (Datum Erstdiagnose: _____) <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____