

Anmeldung Testzentrum COVID-19

Patient/-in

Name

Vorname

Adresse

Geburtsdatum

Telefon

Krankenkasse

Abstrich CoV-Risikopatient/-in

im Testzentrum
zu Hause / im Heim
(kann keine Treppe gehen)

Abstrich CoV-Gesundheitspersonal

Medizinische Abklärung virale Atemwegsinfekte
(Bitte Diagnose- und Medikamentenliste beilegen)

im Testzentrum
zu Hause / im Heim
(kann keine Treppe gehen)

Bemerkungen

Zuweisung

per E-Mail covid@medicoplus.ch

per Telefon 055 418 07 09

Zuweisende/r Ärztin/Arzt

Datum

Stempel und Unterschrift