

## Anmeldung Besuch inklusive Covid-Schnelltest

Bitte bringen Sie dieses Formular bereits ausgefüllt zum vereinbarten Termin mit. Sie helfen damit, Wartezeiten zu vermeiden.

---

### Kontaktdaten Besucher

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Handy-Nummer \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Krankenkasse\* \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer\* \_\_\_\_\_

\* Diese Angaben dienen dem Gesundheitszentrum zur Verrechnung der Schnelltest. Es entstehen für Sie keine Kosten.

Der Besuch erfolgt bei:

Vorname/Name Bewohner/in \_\_\_\_\_

---

Ich erkläre mich einverstanden, dass bei mir ein kostenloser Covid-Schnelltest durchgeführt wird. Im Falle eines positiven Ergebnisses melde ich mich bei meinem Hausarzt oder bei einem Testzentrum für einen PCR-Test und begeben mich unverzüglich in Isolation. Im Weiteren akzeptiere und halte ich mich an die Besucherregelung sowie die betrieblichen Schutzmassnahmen.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

---

Testergebnis  positiv  negativ

Test durchgeführt am (Datum) \_\_\_\_\_ von (Unterschrift) \_\_\_\_\_