

Anmeldung für das Abstrichzentrum der Universitätsmedizin Greifswald

Das vollständig ausgefüllte Formular ist zwingend vorab per Fax
an folgende Nummer zu senden: **03834 86-4498**

Risikoprofil:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> respiratorische Symptome | <input type="checkbox"/> Aufenthalt in Risikogebieten |
| <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Aufenthalt in Regionen mit COVID-19-Fällen |
| <input type="checkbox"/> Kontakt zu bestätigtem COVID-19-Fall | <input type="checkbox"/> _____ |

Anmeldung durch Gesundheitsamt:

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rostock | <input type="checkbox"/> MSE Demmin | <input type="checkbox"/> VR Stralsund | <input type="checkbox"/> VG Pasewalk |
| <input type="checkbox"/> LRO Güstrow | <input type="checkbox"/> MSE Neubrandenb. | <input type="checkbox"/> VR Bergen | <input type="checkbox"/> VG Anklam |
| <input type="checkbox"/> LRO Bad Doberan | <input type="checkbox"/> Neustrelitz | <input type="checkbox"/> VR Ribnitz-Damg. | <input type="checkbox"/> VG Greifswald |
| <input type="checkbox"/> Schwerin | <input type="checkbox"/> Müritz | <input type="checkbox"/> VR Grimmen | <input type="checkbox"/> _____ |

Anmeldung durch Hausärztin oder Hausarzt:

Name, Vorname: _____
Anschrift: _____
BSNR: _____

Angemeldete*r Patient*in:

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____
Krankenkasse: _____
Versichertennummer: _____

Hiermit beauftragen wir die Abstrichuntersuchung für COVID-19.
Darüber hinaus bestätigen wir die Richtigkeit der Versicherungsdaten.

Unterschrift und Stempel des Beauftragenden