

Fragebogen für den Abstrich auf das neue Corona-Virus



Name _____

Vorname _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Geburtsdatum _____

Tel.-Nr. _____

Krankenkasse _____

Versicherten- oder AHV-Nr. _____

Leiden Sie an mindestens einem der folgenden Symptome? Zutreffendes bitte ankreuzen.

- Symptome einer akuten Atemwegserkrankung (z. B. Husten, Halsschmerzen, Kurzatmigkeit, Brustschmerzen)
- Fieber unklarer Ursache
- Plötzlicher Verlust des Geruchs- und/oder Geschmackssinns
- Akute Verwirrtheit oder Verschlechterung des Allgemeinzustandes (bei älteren Menschen)

Leiden Sie an mindestens einer der folgenden chronischen Krankheiten? Zutreffendes bitte ankreuzen.

- Bluthochdruck
- Chronische Atemwegserkrankung
- Diabetes
- Erkrankung/Therapie, die das Immunsystem schwächt
- Herz-Kreislauf-Erkrankung
- Krebs

Hatten Sie Kontakt mit einem bestätigten COVID-19-Fall? Zutreffendes bitte ankreuzen.

- Enger Kontakt (< 1,5 m während > 15 Minuten) zu einem laborbestätigten Fall oder Exposition im Zusammenhang mit einem laborbestätigten COVID-19 Ausbruch
- Meldung eines Kontakts mit einem COVID-19 Fall durch die SwissCovid App erhalten

Welchen Auftrag erteilen Sie der City Notfall AG? Zutreffendes bitte ankreuzen.

- Nur Abstrich auf SARS-CoV-2 (Kosten vom Bund übernommen. **Die City Notfall AG kann nicht für Diagnose oder Therapie haftbar gemacht werden.**)
- Abstrich & Ärztliche Untersuchung, Diagnostik, Beratung, Behandlung (Verrechnung nach TARMED)

Gestützt auf Art. 42 Abs. 2 KVG haben wir mit den Krankenversicherungen das Vergütungssystem des Tiers Payant vereinbart. Daher werden die Rechnungen direkt via MediPort an die Krankenkasse gesendet.

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben und willige ein, dass Abrechnungsdaten zur Durchsetzung von Forderungen aus dem Behandlungsverhältnis privaten Inkassostellen oder dem Betreibungsamt weitergegeben werden dürfen. Weitere Informationen zum Umgang mit persönlichen Daten finden sich in der Datenschutzerklärung auf unserer Website.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Vom City Notfall auszufüllen: Verantwortliche/r COVID Fast Track _____