



Auftrag für SARS-CoV-2 Testung nach TestV oder regionaler Sondervereinbarung

>>>>>> Formular nicht kopieren! <<<<<<<<



Name, Vorname des Versicherten
 Mustermann geb. am
 Maxi 12.10.1982
 Musteradresse

Kostenträgerkennung
 83803

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum
 123456789 123456789 19.11.2020

Identifikation Veranlasser (ÖGD, Einrichtung/Unternehmen)
 PLZ

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Abnahmedatum Abnahmezeit
 1 9 1 1 2 0 1 0 1 1

TestV

Selbstzahler d/m/w
w

regionale Sondervereinbarung KV-Sonderziffer

Ersttestung weitere Testung

- § 2 TestV Kontaktperson
- § 3 TestV Ausbruchsgeschehen
- § 4 Abs. 1 Nr. 1 und 2 TestV Verhütung der Verbreitung
- § 2 TestV Meldung „erhöhtes Risiko“ durch Corona-Warn-App
- § 4 Abs. 3 TestV Risikogebiet Ausland

Besondere Risikomerkmale einer Weiterverbreitung (sofern zutreffend, bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Betreut/untergebracht in:	<input type="checkbox"/> Medizinischen Einrichtungen ambulant/stationär (auch Rettungsdienste, andere humanmed. Heilberufe)	<input type="checkbox"/> Pflege- und anderen Wohneinrichtungen (z.B. Pflegeheime und -dienste, Justizvollzugsanstalten, andere Massenunterkünfte)
<input type="checkbox"/> Tätigkeit in Einrichtung:	<input type="checkbox"/> Gemeinschaftseinrichtungen (z.B. Kitas, Schulen)	<input type="checkbox"/> Sonstigen Einrichtungen (z.B. nicht medizinische Reha- und Vorsorgeeinrichtungen, ambulante Dienste der Eingliederungshilfe)



Das Einverständnis des Getesteten zum Übermitteln des Testergebnisses für Zwecke der Corona-Warn-App auf den vom RKI betriebenen Server wurde erteilt. Dem Getesteten wurden Hinweise zum Datenschutz ausgehändigt.

Daten für das Gesundheitsamt - Übermittlung gemäß Infektionsschutzgesetz
 Telefonnummer des Getesteten

Stempel des Veranlassers nach TestV oder Sondervereinbarung