

Screeningbogen der Covid 19 Schnelltest Ambulanz Mannheim

Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Handy Nummer/ Telefonnummer	<input type="text"/>
E- mail	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Symptome	Nein	Ja	Datum des Auftretens
Fühlen Sie sich akut erkrankt und/oder erkältet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	max. <input type="text"/> °C (laut Pat.)
Verlust von Geruchs- oder Geschmacksinn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Trockener Husten, Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Abgeschlagenheit, Kopf und Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Schnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Bauchschmerzen, Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Risikoprofil	Nein	Ja
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Cortison oder ein Immunsystem unterdrückendes Medikament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktuelle Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kontaktprofil	Nein	Ja
Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie aus einem ausländischem Risikogebiet eingereist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Behandlungsvertrag und Honorarvereinbarung:

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner Angaben.

Mir ist bewußt, dass die Durchführung dieses Antigen Schnelltests eine privatärztliche Leistung bzw. eine Selbstzahlerleistung darstellt. Eine Erstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung ist nicht möglich. Die Testgebühr beträgt 75 €, wird im Voraus erbracht und ist unabhängig von der Höhe und dem Zeitpunkt der Erstattung durch Ihre Krankenversicherung/Beihilfestelle.

Im Fall eines positiven Testergebnisses (nachgewiesene Covid 19 Infektion) bin ich verpflichtet, mit der zuständigen Behörde (Gesundheitsamt) Kontakt aufzunehmen für die Durchführung eines PCR Bestätigungstests. Mir ist bekannt, dass bei positiver Testung meine Personalien im Rahmen der gesetzlichen Meldepflicht an das Gesundheitsamt weitergeleitet werden.

Ich wünsche optimale Untersuchungen und Behandlungen als Privatpatient(in)/Selbstzahler(in). Ich bin mir bewusst, dass diese diagnostische und/oder therapeutische Leistungen oder Teile solcher Leistungen im Einzelfall über das Maß der ausreichend notwendigen Medizin hinausgehen können, vor allem dann, wenn sie dem Anspruch einer optimalen medizinischen Versorgung gerecht werden wollen. Sie müssen aus diesem Grunde auch nicht unbedingt zum Bestandteil der medizinisch notwendigen Heilbehandlung für Privatversicherte gehören. Dennoch werden auch die Kosten für die durch meine Beschwerden bedingten und über das Maß der ausreichend notwendigen Medizin gehenden diagnostischen Untersuchungen und Therapien, wie auch die von mir selbst angeforderten und durchgeführten Untersuchungen und Therapien aus dem Bereich Gesundheitsoptimierung und Prävention von mir in voller Höhe übernommen.

Mir ist bewußt, daß jeder diagnostischer Test falsch negativ bzw. falsch positiv ausfallen kann (eine Infektion nicht erkannt wird/ eine Infektion falsch angenommen wird). Im Falle der Ausbildung einer Infektion bzw. Symptomen bei negativem Testergebnis müssen erneute Testungen (PCR Test) durchgeführt werden, um die Weiterverbreitung einzudämmen.

Ich erkläre mich mit dieser Vereinbarung einverstanden.

Mannheim, den

Unterschrift: _____