

# Anmeldeformular

für das Corona-Testzentrum

**Bitte füllen Sie diesen Bogen  
vollständig und in  
DRUCKBUCHSTABEN aus.**

Titel, Vorname, Name

geb.

Straße, Haus-Nr.

Plz, Ort

Telefon / Mobil

Auftragsdatum

Auftragsnummer

## Testzentrum

**Bernburg**  **Haldensleben**  **Halberstadt**  **Alfeld**

## Wer ist Ihr Hausarzt?

Ich bin mit der Befundübermittlung an meinen Hausarzt einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass der Befund an das zuständige  
Gesundheitsamt übermittelt wird.

**Ja**  **Nein**

Name

Adresse

Telefon

Fax

Ich möchte meinen Befund online einsehen. (Bitte E-Mail Adresse angeben.)  **Ja**  **Nein**

E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. aller gesetzlich vertretenden Personen

## Bitte beantworten Sie diese Fragen:

Haben Sie Erkältungssymptome? (Husten, Schnupfen, Halsschmerzen)  **Ja**  **Nein**

Haben Sie Fieber?  **Ja**  **Nein**

Waren Sie in einem Risikogebiet?  **Ja**  **Nein**

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen wissentlich Kontakt mit einem Corona-  **Ja**  **Nein**

Wurde bei Ihnen schon einmal ein Test auf Corona durchgeführt?  **Ja**  **Nein**