



APOTHEKE GRUBER  
ST. NIKLAUS

## Triage-Fragebogen zum Covid-19 Antigen-Schnelltest

### 1. Personalien

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Geschlecht:     Weiblich     Männlich

Strasse: ..... PLZ, Ort: .....

Natelnummer: .....

E-Mail-Adresse: .....

Krankenkasse: .....

Vers. Nr.: 807 560 \_\_\_\_\_

### 2. Antigen-Test Informationen

Kosten: Fr. 40.- (Falls dieser nicht über die Krankenkasse abgerechnet werden kann.)

Resultat: innert 15-20 Minuten.

### 3. Leiden Sie aktuell unter folgenden Symptomen?

**JA** (Alles Zutreffende ankreuzen)

Symptome einer akuten Atemwegserkrankung (zB. Husten, Halsschmerzen,  
Kurzatmigkeit, Brustschmerzen)

Fieber

Plötzlicher Verlust des Geruchs- und/oder des Geschmackssinns

Akute Verwirrung oder Verschlechterung des Allgemeinzustandes

Muskel-, Kopfschmerzen, allgemeine Schwäche, Erkältung

Magen-Darmsymptome (zB. Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Bauchschmerzen)

Hautausschläge

**NEIN** (Keine Symptome)

4. **Weitere Informationen:** Zutreffendes ankreuzen. Ist keine Kontraindikation für einen Test.

- Ich hatte kürzlich ein Nasentrauma oder eine Operation der Nase oder der Nasenhöhlen.
- Ich habe eine schwere Nasenscheidewandverkrümmung oder chronisch enge Nasengänge.
- Ich habe ein erhöhtes Blutungsrisiko (zB. Gerinnungsstörung).

5. **Information und Einwilligung:**

Ich habe Informationen über den durchzuführenden Test, die Kosten und die Bedeutung der möglichen Ergebnisse erhalten. Ich habe keine weiteren Fragen. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Entnahme einer Probe mittels Nasen-Rachen-Abstrich und der Verarbeitung der Daten einverstanden. Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass alle im Fragebogen gemachten Angaben richtig und vollständig sind.

Ort / Datum: St.Niklaus, den .....

Unterschrift: .....

6. **Durchführung Test und Ergebnisse:**

Datum / Uhrzeit: .....

Testresultat:             **positiv**             **negativ**

Test ausgeführt durch: \_\_\_\_\_

Barzahlung

Verrechnung über Krankenkasse