

Rosen-Apotheke | 34385 Bad Karlshafen | Invalidenstraße 4 | Tel: 05672 300

Nachfolgend mache ich, _____ (Vor-/Zuname),

geb. am _____ (Datum: tt.mm.jjjj)

Wohnhaft _____ (Str./Nr.) _____ (PLZ/Ort),

freiwillig Angaben zu meinem Gesundheitszustand. Die Angaben sind erforderlich, um gemeinsam mit dem Personal der Apotheke zu entscheiden, ob ein PoC-Antigen-Test bei mir durchgeführt werden kann. Fällt die gemeinsame Entscheidung in der Form aus, dass ein PoC-Antigen-Test durchgeführt werden kann, wird dieses Dokument gemeinsam mit der erforderlichen Einwilligungserklärung in der Apotheke zu den festgelegten, dort beschriebenen Bedingungen abgelegt und archiviert. Kann kein PoC-Antigen-Test durchgeführt werden, erhalte anschließend ich dieses Dokument für meine Unterlagen. Sprechen die von mir geschilderten Symptome gegen einen PoC-Antigen-Test, nehme ich unverzüglich Kontakt mit meinem behandelnden Arzt auf, da eine SARS-CoV-2-Infektion oder eine COVID-19-Erkrankung nicht ausgeschlossen werden kann.

Mein Freiwilligen Angaben zu meinem Gesundheitszustand

Haben Sie derzeit grippeähnliche Symptome wie Husten, Fieber, Atemnot , sonstige Erkältungssymptome?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen grippeähnliche Symptome mit Fieber?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten gehabt?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer Person gehabt, bei der ein Corona- Verdacht besteht?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

Gemeinsame Entscheidung auf Grund des beschriebenen Gesundheitszustandes

<input type="checkbox"/>	Auf Grund meines von mir beschriebenen Gesundheitszustandes kann die Apotheke keinen PoC-Antigentest durchführen.
<input type="checkbox"/>	Auf Grund meines von mir beschriebenen Gesundheitszustandes kann die Apotheke unbedenklich einen PoC-Antigentest durchführen. Ich versichere, dass meine oben gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Bad Karlshafen, _____ (Datum: tt.mm.jjjj)

Unterschrift Kunde

Unterschrift pharm. Personal (Apotheken/Stempel)