

Bitte in Blockschrift ausfüllen!

Name: _____

Nachname _____

Geburtsdatum: _____

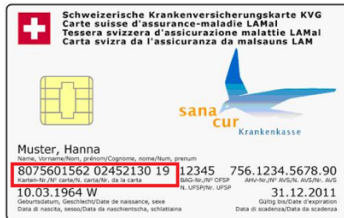
Telefonnummer: _____

Adresse:

Strasse und No _____ PLZ _____ Ort _____ Land _____

Europäische Krankenkassennummer:

807560



BEVOR SIE DEN TEST MACHEN, INSTALLIEREN SIE DIE APP "COVID CERTIFICATE"



Krankenkassenname: _____

Bevor sie den Test machen, installieren Sie die App "Covid Certificate" und erstellen Sie sofort

einen "TRANSFER-CODE": _ _ _ _ _

	JA	NEIN
Haben Sie Symptome (Fieber, Kopfschmerzen, Halsschmerzen, Husten, Geschmacks- oder Geruchsverlust)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie die 1. Covid-19-Impfung erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sich kürzlich an der Nase verletzt, oder wurden Sie kürzlich an der Nase oder an den Nasenhöhlen operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer schweren Verformung der Nasenscheidewand oder an einer chronischen Verengung der Nasenhöhlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Blutgerinnungsstörungen oder nehmen Sie Antikoagulantien ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie Mitarbeiter in einer sanitären Einrichtung oder haben Sie Kontakt zu Risikopatienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sie erhalten das Covid Zertifikat mit QR-Code direkt auf Ihr Mobiltelefon 15 bis 60 Minuten nach der Probenentnahme. Falls Sie dieses nicht erhalten, müssen Sie bitte zurückkommen oder uns innerhalb der Öffnungszeiten anrufen unter: +41 76 510 05 47

Ein **negatives** Ergebnis ist 48 Stunden gültig. Respektieren Sie weiterhin die Hygiene- und Verhaltensregeln des BAG! Im Falle eines **positiven** Ergebnisses werden Sie von der Apotheke kontaktiert und isoliert.

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars stimmen Sie der Probenentnahme, Verarbeitung von Daten, der Meldung an die zuständige Kantonsbehörde und an das Bundesamt für Gesundheit (BAG) zu.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, dass alle im Formular angegebenen Daten korrekt und vollständig sind.

Ort und Datum: _____ **Unterschrift der getesteten Person:** _____

Melden Sie sich mit Ihrer Krankenkassenkarte und dem ausgefüllten Formular im Covid-Zentrum an. Danke.

Da compilare dal collaboratore della Farmacia Delta

Informazioni sul prelievo

🕒Ora: _____ Data: _____ Misure d'igiene rispettate Visto: _____

Firma del farmacista responsabile: _____

Risultato: positivo negativo

Risultato comunicato

Fatturazione: Visto Collaboratore _____