


**Es ist OBLIGATORISCH, das Formular in BLOCKSCHRIFT auszufüllen! Wenn es nicht in Blockschrift ausgefüllt wird und der Transfer-Code und/oder die persönlichen Daten nicht lesbar oder korrekt sind, werden die Kosten des Tests nicht rückerstattet!**

Bevor Sie den Test machen, installieren Sie bitte die App "COVID CERTIFICATE" 

Name: \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
 Adresse:  
 Strasse und Nr \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Land \_\_\_\_\_

**Europäische Krankenkassennummer: 807560**



Krankenkassenname: \_\_\_\_\_

**TRANSFER-CODE (Sie müssen diesen in der App "COVID CERTIFICATE" erstellen) \_ \_ \_ \_ \_**

	JA	NEIN
Haben Sie Symptome (Fieber, Kopfschmerzen, Halsschmerzen, Husten, Geschmacks- oder Geruchsverlust)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie bereits zumindest zwei Covid-19-Impfungen 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 24 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 \_\_\_\_\_