**Anmeldebogen zum COVID-19 Abstrich**

Dieses Formular ist an den Abstrich-Centren vorzulegen **( kein Abstrich ohne Formular )**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **[ ]  DRIVE-In-COVID-19**Laborarztpraxis WiesbadenBierstädter Höhe 6865191 Wiesbaden***Immer Anmeldung:*** ***via FAX 06192-8049379***Nach FAX-Anmeldung wird von Laborarztpraxis tel. Kontakt mit Pat. zur Terminvereinbarung aufgenommen. | [ ]  **Test-Center Asklepios Paulinenklinik**Geisenheimer Str. 1065197 WiesbadenMo-Fr 09:00 - 13:00 UhrOhne AnmeldungGetestet werden hier nur Pat. der Kat. 1+2 | [ ]  Praxiseigene TestungGgf. Eigentestung der Patienten entsprechend DEGAM - Empfehlung |

Praxis: **Dr.**

Anschrift: **Wiesbaden**

Telefon: **0611-** Fax: **0611-**

E-Mail

**Patient / Patientin:**

Nachname: PatZusatz **PatNachname**, PatTitelVorname: PatVorname

Anschrift: PatStrasseHausnummer, PatPLZ PatOrt

Geburtsdatum: PatGebDatum

**RKI-Kategorie:**

Kfz-Kennzeichen: **-**

Mobilnummer: **PatTel*PatTel*** *oder*

Meldung an das Gesundheitsamt ist erfolgt [ ]  JA [ ]  NEIN

Wiesbaden, den ***Tagesdatum***

Vielen Dank und beste Grüße