

Anmeldung für das Abstrichzentrum: **Bergen**

Um eine schnelle Abarbeitung und Erfassung der Aufträge zu gewährleisten, ist eine vorherige Anmeldung der Patienten nötig. Bitte teilen Sie uns die erforderlichen Daten wenn möglich per Fax (03838/391215) mit.

**Grund der Testung (bitte auswählen!)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> symptomatisch | <input type="checkbox"/> Kontaktperson                               |
|  | <input type="checkbox"/> Ausbruchsgeschehen                          |
|  | <input type="checkbox"/> Verhütung der Verbreitung                   |
|  | <input type="checkbox"/> Bestätigungs-PCR nach positivem Antigentest |
|  | <input type="checkbox"/> Varianten-PCR nach positivem PCR-Test       |

**Anmeldung durch Hausarzt oder Hausärztin (bitte lesbar ausfüllen oder Stempel)**

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
 Anschrift \_\_\_\_\_  
 LANR \_\_\_\_\_  
 BSNR \_\_\_\_\_  
 Telefon-/Fax-Nr. \_\_\_\_\_

**Anmeldung durch Gesundheitsamt (bitte lesbar ausfüllen oder Stempel)**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Angaben Patient/-in**

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Krankenkasse \_\_\_\_\_ Kostenträgerkennung \_\_\_\_\_  
 Anschrift \_\_\_\_\_  
 Telefonnummer \_\_\_\_\_

Bitte bringen Sie eine Krankenkassenkarte mit!