

Pernasal Abstrich

Einverständniserklärung

Patient/in

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

PLZ/Ort:

Mobile:

E-Mail:

Name Hausarzt:

Ort Hausarzt:

Anamnese

- 1) Hatten Sie eine Verletzung oder eine Operation an der Nase in den letzten 2 Monaten? **Ja** **Nein**
- 2) Haben Sie ein Gerinnungsleiden oder nehmen Sie Blutverdünner?
(Xarelto, Marcoumar, Ausnahme Aspirin)
→ evt. Weiterleitung an Spezialzentrum **Ja** **Nein**
- 3) Ungeschützter Kontakt mit positiv getesteter Person oder Meldung von der Swiss-Covid-App? (Kontakt vor > 5 Tagen) **Ja** **Nein**
- 4) Testung aufgrund positivem Selbsttest oder Pooltest?
Falls JA → PCR Test **Ja** **Nein**
- 5) Haben Sie Symptome, die den BAG Covid-19 Beprobungskriterien entsprechen?
(Husten, Halsschmerzen, Brustschmerzen, Fieber, Verlust Geruchs-/Geschmackssinn,...)
Ja **Nein**
- Falls JA:
- Symptome > 4 Tage? **Ja** **Nein**
Falls JA → PCR Test
- Besonders gefährdete Person? **Ja** **Nein**
Falls JA → PCR Test
- Arbeit in Gesundheitswesen mit direktem Patientenkontakt? **Ja** **Nein**
Falls JA → PCR Test
- Vollständig geimpft oder bereits COVID-19 Infektion durchgemacht? **Ja** **Nein**
Falls JA → PCR Test

Sprache

F / E I / E D / E

Dokumentation

Test **PCR** **AG**

Resultat **Positiv** **Negativ**

Zeit

Visum MA

Bemerkungen

Ich nehme zur Kenntnis, dass der Pernasal-Abstrich auch bei sorgfältiger Durchführung unangenehme Reizungen verursachen kann (Hustenreiz, tränende Augen, Kitzeln u.a.m.). Eine leichte Nasopharynx-Verletzung ist ebenfalls möglich, tritt aber sehr selten auf. Das Risiko von Verletzungen kann aber deutlich minimiert werden, wenn der Kopf ruhig gehalten wird!

Ort / Datum

Unterschrift Kunde