

REHA med Gesundheitspark GmbH

Corona Schnelltest Fragebogen

Untersuchungstag:	Telefonnummer:
Name:	Vorname:
Geb.-Datum:	Wohnort:

Ich bin über den Corona-Antigen-Test zum direkten SARS-CoV-2-Nachweis informiert und erkläre mich damit einverstanden, dass der Test mittels eines Nasen-/Rachenabstrichs bei mir durchgeführt wird und das Testergebnis (negativ/positiv) ggf. auch berechtigten Personen (z.B. Ärzten, öffentlicher Gesundheitsdienst, Behörden) mitgeteilt werden darf. Über spezielle Risiken und mögliche Komplikationen bin ich informiert und stimme der Durchführung des Antigen-Schnelltests ohne Schadensersatzanspruch zu.

Die von uns eingesetzten **COVID-19 Antigen-Schnelltest** sind durch das BfArM zugelassen und weisen somit eine ausreichend hohe **Sensitivität von > 95%** (wieviele infizierte Personen werden bei einem Ct-Wert < 0,33* als solche erkannt?) und **Spezifität > 99%** (wieviele nicht infizierte Personen werden als gesund bestätigt?) auf. *Ein Ct-Wert < 0,33 im RT-PCR-Test zeigt eine SARS-CoV-2-Infektion mit einer relevant hohen Viruslast und somit Infektiosität.

Unterschrift:

Fragen vor dem Test

- Sind/waren Sie an COVID-19 erkrankt? Ja Nein
- Hatten Sie Kontakt zu COVID-19 positiv getesteten Personen? Ja Nein
- Lebt eine positiv getestete Person im gemeinsamen Haushalt? Ja Nein
- Waren Sie in häuslicher Quarantäne? Ja Nein

Haben oder hatten Sie in den letzten Wochen COVID-19-typische Symptome wie

- Fieber? Ja Nein Seit wann? _____ Wie lange? _____
- Geruchs- und Geschmackstörung? Ja Nein Seit wann? _____ Wie lange? _____
- Schnupfen? Ja Nein Seit wann? _____ Wie lange? _____
- Halsschmerzen? Ja Nein Seit wann? _____ Wie lange? _____
- Husten? Ja Nein Seit wann? _____ Wie lange? _____
- Luftprobleme/Atemnot? Ja Nein Seit wann? _____ Wie lange? _____
- Muskel- und Gliederschmerzen? Ja Nein Seit wann? _____ Wie lange? _____
- Abgeschlagenheit & Schwäche? Ja Nein Seit wann? _____ Wie lange? _____

Sonstige: