

Patientenkleber

COVID-19 Breites Testen Baselland

(nur bei positivem Poolergebnis)

Breites Testen BL (Minderjährige)

Bitte füllen Sie das Formular vollständig und gut lesbar aus. Vielen Dank.

Hausarzt/Kinderarzt (Name und Adresse):

Krankenkasse:

Handynummer der Eltern (bitte leserlich Schreiben):

Hatte Ihr Kind bereits einen Abstrich? ☐ nein ☐ ja → Ort: _____ Datum: _____
Resultat: ☐ positiv ☐ negativ

Zuweisung/Grund für den Abstrich bei Patienten ohne Symptome:

Ihr Kind wurde im Rahmen des Testprogrammes Breites Testen Baselland im Pool positiv getestet. Zur Poolauflösung erfolgt heute eine Einzelprobe auf COVID-19 (Spuckprobe) mittels PCR.

→ DIE KOSTEN WERDEN VOM BUND ÜBERNOMMEN. SIE ERHALTEN KEINE RECHNUNG.

Datum **und** Unterschrift Erziehungsberechtigte/r:

--