

Patientenkleber

**Kantonales Programm «Breites Testen Baselland»**

**Breites Testen BL**

Das Resultat des Pools, in dem sich Ihre Einzelprobe (oder die Ihres Kindes) befunden hat, ist positiv ausgefallen. Zur sogenannten «Poolauflösung» erfolgt heute deshalb ein Einzeltest auf COVID-19 mittels PCR (kein Antigenschnelltest). Dieser Test ist obligatorisch und muss in der Abklärungs- und Teststation Feldreben oder in einer der Aussenstationen erfolgen (Sissach, Laufen). Dieser Test kann als klassischer Abstrich erfolgen oder durch eine Spuckprobe (Saliva). Für eine Spuckprobe darf bis eine Stunde vor der Probenabgabe nicht gegessen/getrunken, geraucht, Kaugummi gekaut und Zähne geputzt werden.

- ➔ Bitte nehmen Sie unbedingt ihr Handy und die Krankenkassenkarte mit (auch Kinder).
- ➔ Die Kosten werden vom Bund übernommen. Sie erhalten keine Rechnung.

**Bitte beantworten Sie ALLE untenstehenden Fragen, vielen Dank:**

Hausarzt/Kinderarzt (Name und Adresse):
Krankenkasse (Achtung: möglicher KK Wechsel auf 2021):
Handynummer (eines Elternteils) für Befundübermittlung:
Hatten sie bereits einen Abstrich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ➔ Ort: _____ Datum: _____ Resultat: <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
Hatten Sie bereits ein COVID-19 Impfung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja -> Produkt:                      Datum:                      Anzahl Dosen: <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x
Sind Sie zurzeit aktiv im Dienst (Militär/Zivilschutz/Zivildienst)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Teilnahmekategorie «Breites Testen Baselland» (bitte ankreuzen)**

<input type="checkbox"/> Schulen Name der Schule:	Klasse:	BT Schulen
<input type="checkbox"/> Betriebe Name des Betriebes:		BT Betriebe
<input type="checkbox"/> Altersheim/Institutionen Name der Institution:	Abteilung:	BT APH
<input type="checkbox"/> Spitäler Name des Spitals:		BT Spitäler
<input type="checkbox"/> Apotheke Name der Apotheke:	Name des Betriebes:	BT Apotheken

Datum **und** Unterschrift Teilnehmer/Erziehungsberechtigte/r: