

Name, Vorname (Patient):
(bitte leserlich, in Druckbuchstaben)

KURFÄHIGKEITSBESCHEINIGUNG

-Zur Vorlage in der AOK-Klinik Rügen-

Bescheinigung bitte erst 2 Tage vor Anreise vom behandelnden Arzt/ Ärztin ausfüllen lassen! Bitte denken Sie hierzu an die rechtzeitige Terminvereinbarung bei Ihrem Haus- u. Kinderarzt.

Zur Vermeidung, Verhütung und Verbreitung der Coronainfektion und zum Schutz unseres laufenden Klinikbetriebes, bestätigen wir die medizinische Notwendigkeit der Durchführung eines SARS-Cov2- PCR-Testes für alle Personen einer Familie, die zur Mutter-Kind-Vorsorge-Kur in der AOK-Klinik Rügen angemeldet sind.

Es handelt sich bei der geplanten Maßnahme um eine medizinisch notwendige Kur, ärztlich verordnet.

Nach Testverordnung, zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-19 entsprechend der Coronavirus-Testverordnung – Test V) vom 14. Oktober 2020, ist der Test durchzuführen und abrechnungsfähig.

Geb.-Dat.: _____ **Größe:** _____ **Gewicht:** _____

Allgemeine Risikofragen:

- Es liegen keine übertragbaren Krankheiten vor.
- Allgemeine akute Erkrankungen/ Beschwerden, die die Reisefähigkeit beeinträchtigen, liegen nicht vor.

Corona-Risikofragen:

- Die Patientin/ der Patient gehört nach Vorgaben des RKI zu keiner Risikogruppe.
- In der näheren Umgebung des Patienten, soweit feststellbar, sind in den letzten drei Wochen keine ansteckenden Krankheiten aufgetreten, der Patient/ die Patientin hatte keinen Kontakt zu einer an Corona infizierten Person.
- Es liegt aktuell keine Erkältung oder ein grippaler Infekt, egal welcher Symptomschwere vor?

Waren die Patientin/ der Patient in den letzten Tagen, Wochen an einem Infekt mit grippeähnlichen Symptomen erkrankt? Wenn ja, wann bzw. wie lange ist das her?

- Ja, Zeitraum:
- Nein

Wurde bisher ein Verdacht auf Covid19 gestellt?

- Ja, Datum Feststellung:
- Nein

Name, Vorname (Patient):
(bitte leserlich, in Druckbuchstaben)

Wurde in Folge ein Abstrich/ Test durchgeführt?

- Ja, Datum Abstrich:
- Nein

War dieser Abstrich/ Test positiv?

- Ja, Datum Testergebnis:
- Nein

Wenn Ja ist die Patientin/ der Patient jetzt genesen und darf wieder am normalen Leben teilhaben.

- Ja, seit Datum:
- Nein

Wurde ein Anti-Körper-Test durchgeführt?

- Ja, Datum AK-Test:
- Nein

Wurden Antikörper festgestellt? Wenn ja, welche?

- IgM
- IgG

- Der Patient ist reisefähig.

Ort, Datum:

Stempel, Unterschrift (Arzt):