

ANMELDEFORMULAR

COVID-19 Test

Datum/Zeit Termin:

Nachname:

muss übereinstimmen mit ID/Pass/PERSO

Vorname:

muss übereinstimmen mit ID/Pass/PERSO

Bei Kindern zusätzlich Name der Eltern:

Geburtsdatum:

AHV-Nummer (nur bei Schweizern):

Geschlecht:

Nationalität:

Strasse:

PLZ/Wohnort:

Telefon Festnetz:

Handynummer:

E-Mail:

Krankenkasse:

Kartenummer:

Versichertennummer:

Gewünschter COVID-19 Test:
(bitte Entsprechendes ankreuzen)

Antigen-Schnelltest:

PCR-Test:

ID/Passnummer (für PCR-Test):

Datum:

Bitte das vollständig ausgefüllte Formular bis spätestens 24 h vor Ihrem Termin senden an: azm@ovan.ch