

AANVRAAGFORMULIER TEST CORONAVIRUS



Aanvrager	
Datum aanvraag	DD-MM-JJJJ
Naam	
Organisatie	
Functie	
Telefoonnummer	
Email	

Gegevens te testen persoon	
Achternaam	
Voorletter(s)	
Geslacht	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw <input type="checkbox"/> Anders
Geboortedatum	
Straat	
Postcode, woonplaats	
BSN	
Telefoonnummer	
Email	
Functie	
Direct zorgcontact <1,5 meter	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet

Klinische gegevens	
Eerste ziektedag DD-MM-JJJJ	<input type="checkbox"/> BEKEND <input type="checkbox"/> GESCHAT <input type="checkbox"/> ONBEKEND
Temperatuur (max) & datum	°C
Hoesten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend
Keelpijn	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend
Neusverkouden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend
Benauwdheid, kortademigheid	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend
Overig, namelijk:	
Is er sprake van onderliggend lijden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend
Zo ja, wat?	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Hart-/vaatziekten <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:

In te vullen door GGD	
Afspraak ingepland?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend
Test afgenomen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend
Uitslag bekend	<input type="checkbox"/> Positief <input type="checkbox"/> Negatief
Uitslag doorgegeven	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend