

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: Antigen-Schnelltest: PCR-Test:
(bitte Entsprechendes ankreuzen)

ID/Passnummer (für PCR-Test):

Datum:

Bitte das vollständig ausgefüllte Formular bis spätestens 24 h vor Ihrem Termin senden an: info@cds-savognin.ch

Center da Sanadad Savognin SA

Gesundheitszentrum Savognin AG

Stradung 52

7460 Savognin

Spital / Betagtenheim

Tel. +41 (0)81 669 14 00

Fax +41 (0)81 669 14 07

Arztsekretariat

Tel. +41 (0)81 669 14 33

Fax +41 (0)81 669 14 30

info@cds-savognin.ch

www.cds-savognin.ch