

# Antikörpertest Coronavirus

Datum: .....

## Triage-Fragebogen zum Antikörpertest Coronavirus in der Apotheke Stand: 01.06.2021

**A**

### 1. Ausschlusskriterien:

Falls eines der folgenden 4 Kriterien zutrifft, kann der Antikörpertest Coronavirus **nicht durchgeführt** werden:

Aktuelles Vorhandensein von Symptomen:	JA	NEIN
<input type="checkbox"/> einer akuten Atemwegserkrankung (z. B. Husten, Halsschmerzen, Kurzatmigkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> und/oder Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> und/oder plötzlich auftretender Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere Symptome <sup>1</sup> , nämlich: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2. Verschiebungskriterien:

Falls eines der folgenden beiden Kriterien zutrifft, muss der Coronavirus Antikörpertest **verschoben** werden:

	JA	NEIN
<input type="checkbox"/> Typische Symptome (siehe oben) in den letzten 3 Wochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> In den letzten 30 Tagen enger Kontakt (< 1,5 m während > 15 Minuten) zu einem laborbestätigten Fall oder Exposition im Zusammenhang mit einem laborbestätigten COVID-19 Ausbruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Impfung gegen COVID-19 in den letzten 3 Wochen: → Bestätigungstest verschieben (Abklärungstest ist möglich <sup>2</sup> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**HINWEIS:** Falls WEDER Symptome (vor mehr als 3 Wochen) aufgetreten sind NOCH ein enger Kontakt mit einem laborbestätigten COVID-19-Fall stattgefunden hat (vor mehr als 30 Tagen), ist eine vorangehende Ansteckung mit SARS-CoV-2 unwahrscheinlich, der Test kann aber trotzdem durchgeführt werden.

**B**

### 3. Persönliche Daten Kundin/Kunde

Name: ..... Vorname: .....

Telefonnummer: ..... E-Mail: .....

Optionale Angaben

Geburtsdatum: ..... Kundennummer: .....

Geschlecht:  Männlich  Weiblich  Andere

Adresse: ..... PLZ / Ort: .....

### 4. Auswahl Testverfahren

Es stehen zwei Testangebote zur Verfügung, aus denen ausgewählt werden muss:

- Bestätigungstest** → Einstufiges Verfahren zur Kontrolle, ob Antikörper gebildet wurden. Test auf Antikörper gegen das Spike-Protein nach einer Impfung oder einer bestätigten Infektion.
- Abklärungstest** → Mehrstufiges Verfahren (Covisense-Algorithmus) Tests auf Antikörper gegen das Spike- und das Nucleocapsid-Protein zur Abklärung einer möglichen vergangenen Infektion (nicht mittels PCR- oder Antigen-Schnelltest bestätigt). Mit dem Abklärungstest kann eine vergangene Infektion auch dann nachgewiesen werden, wenn bereits eine Impfung stattgefunden hat.

<sup>1</sup> Zum Beispiel: Muskelschmerzen, Kopfschmerzen, allgemeine Schwäche, Schnupfen, Magen-Darm-Symptome (z. B. Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Bauchschmerzen), Hautausschläge.

<sup>2</sup> Abklärungstest < 3 Wochen nach Covid-19-Impfung ist möglich (z.B. wenn jemand abklären möchte, ob eine starke Impfreaktion aufgrund einer bereits durchgemachten, natürlichen Infektion auftritt).

**C** 5. **Aufklärung und Einwilligung:**

**Ich bin damit einverstanden, dass zur elektronischen Übermittlung des Laborauftrags und der Testresultate die Stammgemeinschaften Schweiz AG beauftragt wird. Ich bestätige, auch über den Preis der Testung informiert worden zu sein. Ich habe schriftliche Informationen zum durchgeführten Test und der Bedeutung der möglichen Ergebnisse erhalten. Allfällige Fragen konnte ich vorgängig mit einer Fachperson klären. Ich habe keine weiteren Fragen. Durch meine Unterschrift erkläre ich mich mit der Probennahme und der Datenbearbeitung durch die Stammgemeinschaften Schweiz AG zur Beauftragung des Labormedizinischen Zentrums Dr. Risch einverstanden.**

**Optional: Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten anonymisiert und für statistische Zwecke bearbeitet werden. Rückschlüsse auf meine Person aufgrund der anonymisierten Daten sind nicht möglich.**

**Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass sämtliche im Fragebogen erfassten Daten richtig und vollständig sind.**

Ort/Datum: ..... Unterschrift des/r Kunden/in: .....

**D** 6. **Erstellung Laborauftrag in der App und Durchführung Probenentnahme**

Barcode-Nr. des Proberöhrchens: .....

**E** 7. **Angaben zur Testung**

(durch das Apothekenpersonal nach Abschluss der Dienstleistung auszufüllen)

**Probenentnahme durchgeführt**

Datum der Probennahme: .....

**Probe verschickt**

Datum des Probenversands: .....

**Dienstleistung abgebrochen, weil:**

Test verschoben  An Arzt weitergeleitet  Selbstisolation  Test für Kunden nicht indiziert  
(Ausschlusskriterien)

Andere: .....

**Probenentnahme abgebrochen, weil:**

Unwohlsein Kunde

Verzicht Kunde

Zu geringe Blutmenge

Andere: .....

Bemerkungen: .....

Ort/Datum: ..... Unterschrift des/r zuständigen Apothekers/in: .....