

An alle
Vertragsärzte und Vertragsärztinnen

**Vorstandsvorsitzender
Ärztlicher Vorstand**

Prof. Dr. Claus-Dieter Heidecke

Telefon: +49 3834 86-5013

Telefax: +49 3834 86-5010

E-Mail: aertzlicher.vorstand@med.uni-greifswald.de

Greifswald, den 12.03.2020

Abstrichzentrum SARS-CoV 2 der Universitätsmedizin Greifswald

Sehr geehrte Kolleg*innen,

mit diesem Schreiben informieren wir Sie über das neue Abstrichzentrum, das heute von der Universitätsmedizin Greifswald für Corona-Verdachtsfälle eingerichtet worden ist.

Bitte beachten Sie, dass dort ausschließlich Patienten abgestrichen werden, die von Ihnen, Ihren niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen oder vom Gesundheitsamt begründet zugewiesen wurden.

Für die Anmeldung eines Verdachtsfalls im Abstrichzentrum füllen Sie bitte das angehängte Formular aus und geben insbesondere die Indikationsstellung und Ihre Kontaktdaten an. Anschließend senden Sie das Anmeldeformular an folgende Fax-Nummer:

03834-86-4498

Das Abstrichzentrum befindet sich vor dem Haupteingang der Universitätsmedizin, die Zufahrt erfolgt über die Fleischmannstraße. Um Kontakte zu minimieren, wird das Zentrum als sogenanntes „drive through“ ausgeführt, wie Ihnen von Schnellrestaurants bekannt.

Die UMG empfiehlt eine Anfahrt mit dem PKW. Die Patienten werden die Wagen gar nicht verlassen; so werden direkte Kontakte vermieden. Nach der Prüfung, von welchem Arzt oder Gesundheitsamt die Anfahrenden zugewiesen sind, werden die Patienten auf eine Standspur geleitet, auf der die Daten erfasst und die Abstriche genommen werden. **Für eine sichere Identifikation benötigen die Patienten unbedingt ihre Gesundheitskarte und ihren Personalausweis.**

Aktuell hat das Abstrichzentrum montags bis freitags von 10 bis 15 Uhr geöffnet. Bitte informieren Sie sich in den kommenden Tagen auf der Website der Unimedizin über eventuell angepasste Zeiten.



Prof. Dr. Claus-Dieter Heidecke
Vorstandsvorsitzender und Ärztlicher Vorstand

Anmeldung für das Abstrichzentrum der Universitätsmedizin Greifswald

Das vollständig ausgefüllte Formular ist zwingend vorab per Fax
an folgende Nummer zu senden: **03834 86-4498**

Risikoprofil:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> respiratorische Symptome | <input type="checkbox"/> Aufenthalt in Risikogebieten |
| <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Aufenthalt in Regionen mit COVID-19-Fällen |
| <input type="checkbox"/> Kontakt zu bestätigtem COVID-19-Fall | <input type="checkbox"/> _____ |

Anmeldung durch Gesundheitsamt:

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rostock | <input type="checkbox"/> MSE Demmin | <input type="checkbox"/> VR Stralsund | <input type="checkbox"/> VG Pasewalk |
| <input type="checkbox"/> LRO Güstrow | <input type="checkbox"/> MSE Neubrandenb. | <input type="checkbox"/> VR Bergen | <input type="checkbox"/> VG Anklam |
| <input type="checkbox"/> LRO Bad Doberan | <input type="checkbox"/> Neustrelitz | <input type="checkbox"/> VR Ribnitz-Damg. | <input type="checkbox"/> VG Greifswald |
| <input type="checkbox"/> Schwerin | <input type="checkbox"/> Müritz | <input type="checkbox"/> VR Grimmen | <input type="checkbox"/> _____ |

Anmeldung durch Hausärztin oder Hausarzt:

Name, Vorname: _____
Anschrift: _____
BSNR: _____

Angemeldete*r Patient*in:

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____
Krankenkasse: _____
Versichertennummer: _____

Hiermit beauftragen wir die Abstrichuntersuchung für COVID-19.
Darüber hinaus bestätigen wir die Richtigkeit der Versicherungsdaten.

Unterschrift und Stempel des Beauftragenden