

<p>Familienname: _____</p> <p>Vorname: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>Geb.-Datum (TTMMJJ): ____ / ____ / ____    Geschlecht: <input type="checkbox"/> m   <input type="checkbox"/> w</p> <p>Krankenkasse: _____ SV-Nr.: _____</p> <p><input type="checkbox"/> stationär   <input type="checkbox"/> ambulant   <input type="checkbox"/> privat   <input type="checkbox"/> Grav./SSW: ____</p> <p><input type="checkbox"/> immunsupprimiert</p>	<p>Einsender mit Telefonnummer/Fax:</p>
---	---

<p>Abnahmedatum (TTMMJJ): ____ / ____ / ____ /</p> <p>Uhrzeit (HHMM): ____ / ____</p> <p><b>Probenmaterial:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Rachenabstrich *                      <input type="checkbox"/> Bronchialsekret</p> <p><input type="checkbox"/> Trachealsekret                              <input type="checkbox"/> BAL</p> <p>* Bitte auf gründliches Spülen vor dem Abstrich achten, <u>nur Abstrichtupfer in Flüssigmedium verwenden (z.B. ESwab™), ggf. Alternative Abstrichtupfer für den Notfall</u></p>
--

Anforderung auf  
**SARS-CoV-2-Testung**

Bitte zutreffendes ankreuzen:

- Personen mit akutem Auftreten von mindestens einem der folgenden Symptome: Fieber, Husten, Kurzatmigkeit, Geschmacks- und/oder Geruchsstörungen, Halsschmerzen, Kopfschmerzen, Muskel-/Gelenkschmerzen und Schüttelfrost ohne plausible Erklärung oder Ursache für das Erscheinungsbild
- Personen mit jeder Art von Symptomen eines akuten respiratorischen Infektes ODER mit Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, die in den 14 Tagen vor Auftreten der Symptome Kontakt (der Kategorie I oder II) mit einem bestätigten Fall (Person mit Labornachweis von SARS-CoV-2, unabhängig von der Symptomatik) hatten.

(siehe Falldefinition und Kontaktkategorien

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Uebertragbare-Krankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/Neuartiges-Coronavirus.html>)

- Folgeuntersuchung bei Covid-19
- Screening-Untersuchung (z.B. Med. Personal, Patienten, etc.)
- Sonstiges (z.B. Benötigte Untersuchung für Grenzübertritt, Dienstgeber, etc.)

**Ich versichere hiermit die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.**

<p><b>Name der/des anfordernden Ärztin/Arztes in Druckbuchstaben</b></p> <p>_____</p>	<p><b>Unterschrift Ärztin/Arzt</b></p> <p>_____</p>
<p><b>Datum (TTMMJJ):</b> ____ / ____ / ____ /</p>	