

SARS-CoV-2 PCR

Tel. 0316 385 - 73746

In BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen.

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Familienname: <input type="text"/> | Einsender mit Telefonnummer/Fax: |
| Vorname: <input type="text"/> | Vertragspartnernummer: <input type="text"/> |
| Straße: <input type="text"/> | |
| PLZ: <input type="text"/> Ort: <input type="text"/> | |
| Telefonnummer: <input type="text"/> | |
| Sozialversicherungs-Nr.: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| Krankenkasse: <input type="text"/> Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w | Abnahme: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | Uhrzeit: <input type="text"/> : <input type="text"/> |

Probenmaterial

- Oropharyngeal-Abstrich* Nasopharyngeal-Abstrich* Bitte auf gründliches Spülen vor dem Abstrich achten.
 Bronchoalveoläre Lavage Trachealsekret

* cobas® PCR Media Uni (oder Dual) Swab Sample Kit oder ESwab™ Collection & Transport System oder UTM® (Universal Transport Medium)

Viren Pro Untersuchung ein Abstrich

- SARS-CoV-2** **Influenza A/B***
* Verrechnung mit dem Einsender

Indikation zur SARS-CoV-2 Testung Bitte **nur eine** der folgenden Auswahlmöglichkeiten **markieren**

- Verdacht auf COVID-19**, ***
 Behördlich angeordnetes Screening***
 Entlassung aus Absonderung***
 Medizinische Indikation (z.B. präoperativ, Chemotherapie)*
 Elektive Interventions-/OP-Indikation*
 Nicht behördlich angeordnetes Screening*
 Sonstiges (z.B. Reisetätigkeit, Dienstgeber, Aufnahme in Pflegeheim etc.)*

* Verrechnung mit dem Einsender

** Meldepflicht durch Einsender beachten

*** Kostenübernahme lt. Epidemiegesetz

Name der/des anfordernden Ärztin/Arztes
in Druckbuchstaben

A B C D

Unterschrift Ärztin/Arzt

