Molekulargenetische Erregerdiagnostik

Anforderungsschein SARS CoV-2 PCR (COVID-19)

Bitte vollständig ausfüllen!

Patient (Etikette) □ Gesundheitspersonal	Einsender (Stempel)
Vor- u. Nachname:	
Geb.-Dat.: SV-Nr.:	
Versicherung:	**Befundempfänger (□ Hausarzt / □ Patient)**
Geschlecht: □ m. □ w.	Vor- Zuname:
Adresse:	PLZ, Ort:
Telefon:	Telefon:
	Fax:
Abnahmedatum: Abnahmezeit:	E-Mail:

Behördlich angeordnet: □ ja □ nein Bezirk:

☐ Stadt Linz, ☐ Linz-Land, ☐ Rohrbach, ☐ Freistadt, ☐ Perg, ☐ Urfahr-Umgebung ☐ Vöcklabruck, ☐ Gmunden

☐ Stadt Wels, ☐ Wels-Land, ☐ Grieskirchen, ☐ Eferding

☐ Ried, ☐ Schärding, ☐ Braunau ☐ Stadt Steyr, ☐ Steyr-Land, ☐ Kirchdorf

** Bitte NICHT im Labor anrufen - die Zuweiser werden so schnell als möglich telefonisch über das Ergebnis informiert.

Bemerkungen, Fragestellungen, Diagnosen	
	Datum und Unterschrift: