



Labor Dr. Franke und Dr. Adamek

Zietenstraße 8; 40476 Düsseldorf

Tel.: 0211-54 55 58-50; Fax: 0211-54 55 58-51

E-Mail: empfang@immulab.de

Geschlecht:

W M

Feld für Patientendaten

Bitte ankreuzen!

Anforderungsschein Coronavirus (SARS-CoV-2) PCR Diagnostik (IGeL)**Patientendaten (ggf. bitte manuell ausfüllen):**

Stempel entnehmender Arzt:

Name _____

Vorname _____

geboren am _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

TelefonNr.: _____

E-Mail: _____

Klinische Angaben:

bitte ankreuzen / eintragen

O Beginn der Infektzeichen: _____

Corona-Schnelltest: negativ positiv

O Keine Infektzeichen (in den letzten 2 bis 3 Wochen)

Hiermit beauftrage ich das Labor Dr. Franke und Dr. Adamek, meinen Nasopharynx-Abstrich auf eine Infektion mit SARS-CoV-2 zu untersuchen.

Die Kosten für die Untersuchung belaufen sich gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) auf 67,17 Euro. Die Rechnung erhalte ich per Post an meine o.g. Adresse. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kosten für die Untersuchung nicht von meiner Krankenkasse übernommen werden, sondern von mir selbst zu tragen sind.

Datum: _____

Unterschrift: _____