

Untersuchungsantrag SARS-CoV2 PCR

Titel: _____

Nachname: _____ Vorname: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Geburtsdatum: _____ SV-Nr: _____

Wohnadresse: _____

Telefonnummer: _____

(nur bei elektronischer Befundübermittlung)

Probenentnahme-Datum: _____

Probenentnahme-Uhrzeit: _____

Untersuchungsmaterial: **Nasen/Rachen-Abstrich**

SARS-CoV 2-Virus PCR EUR 90,00

SARS-CoV 2-Virus PCR + Abnahme EUR 110,00

SARS-CoV 2-Virus PCR + Abnahme + ärztl. Attest EUR 130,00
(ärztl. Attest ausschließlich von der Abnahmestelle ausstellbar)

Befundübermittlung:

elektronisch mittels SMS-Code zur direkten Abfrage am Befundserver
(separate Datenschutz-/Einverständniserklärung notwendig)

postalisch an Wohnadresse

Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse möchte ich die oben markierte(n) Leistung(en) in Anspruch nehmen.
Ich werde für die Kosten selbst aufkommen. Mir ist bekannt, dass die gesetzliche Krankenkasse nicht verpflichtet ist,
die Leistung oder einen Teil davon zu erstatten

Datum

Unterschrift des Patienten