

Dr. med. P. Isler Dr. med. A. Sattler Dr. phil.-nat. B. Mani Dr. sc. nat. R. Marti
 Dr. med. A. Isler Dr. med. M. Jutzi Dr. med. M. Reichmuth Dr. M. Mermod, PhD

CORONAVIRUS SARS-CoV-2

Name		Geburtsdatum		Einsender:	
Vorname			Frühere Befunde: Nr.		
Strasse, Nr.			Probenentnahme Datum		Zeit
PLZ	Ort		SSW + Tag		
Arzt/Labor-Nr. / Spital-Abt. / Praxis-Patientennummer			Probenmaterial	Rechnung an: <input type="checkbox"/> Kasse / Patient <input type="checkbox"/> Einsender <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Untenstehende(n)	
					Befundkopie an: <input type="checkbox"/> Untenstehende(n)

Patientendaten

Mobil-Nr.:

Klinische Angaben:

Krankenkasse Patient:

Krankenkassen-Versicherten-Nr. Patient:

w m

Tel. Bericht

Nur für internen Gebrauch:

Ent Sek/M UNBE KoSM PM Serot Orig Schein Urin

Befundkopie per E-Mail an Patient

E-Mail Patient:

CORONAVIRUS SARS-CoV-2 (PCR)
 Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Abstrich-Set) *

 Nasen-Rachenraum **und / oder**
 Mund-Rachenraum

Indikation	Kostenträger
<input type="checkbox"/> Vorgaben zur Kostenübernahme durch die OKP erfüllt	OKP
<input type="checkbox"/> Analyse auf Verlangen der untersuchten Person	Patient

 Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Speichel-Set) *

 Speichelprobe

 Respiratorisches Panel (Influenza A/B, RSV)
 (aus gleichem Abstrich möglich)

* Mit der ausgewählten Analyse ermächtigen Sie uns ein Covid-Zertifikat ausstellen zu lassen. Ihre Daten werden dementsprechend weitergeleitet.

CORONAVIRUS SARS-CoV-2 – ANTIKÖRPER (SEROLOGIE)
 Coronavirus SARS-CoV-2 Spike-IgG (quantitativ)

Indikation	Kostenträger
<input type="checkbox"/> Vorgaben zur Kostenübernahme durch die OKP erfüllt	OKP
<input type="checkbox"/> Analyse auf Verlangen der untersuchten Person	Patient

Patientenkette

Bitte hier falzen

Bitte hier falzen