

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
Adresse, PLZ, Wohnort		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

 abgenommen

 nicht abgenommen

## Coronavirus Untersuchung

- Erregernachweis** SARS-CoV-2 (E-Gen) RT-PCR (CE-IVD)      Oro-, Nasopharynx-Abstrich, Bronchoalveoläre Lavage

## Befundübermittlung (frühestens nach 24h)

mit \* gekennzeichnete Felder sind Pflichtfelder

- Elektronische Datenübermittlung online (Befundbox)**

E-Mail (BITTE LESERLICH AUSFÜLLEN)\*

Mobiltelefon (BITTE LESERLICH AUSFÜLLEN) (für Zwei-Faktor-Authentifizierung)

- Selbstabholung am Folgetag**

Eine TAN zur Übermittlung **positiver** Befundergebnisse in die offizielle Corona-App erhalten Sie über die Telefonnummer **+49 0800 7540002**

## Anamnese / Bemerkungen

- Zustellung per Post**



## Grund der Testung (bitte nur einen Grund angeben)

- private Gründe**  
(69,00 € in bar zu entrichten)  
Pass-Nr: \_\_\_\_\_
- Corona-Kontaktperson**  
(Gesundheitsamt / Corona Warn App)
- POC Test positiv**
- Vor ambulanter Operation oder Reha / Pflegeheim**

## Einverständniserklärung zur Weiterleitung des Befundes an Dritte

- Ich bin damit einverstanden, dass mein Befund zum Erregernachweis SARS-CoV-2 an folgenden Arzt/Einrichtung unter der angegebenen Faxnummer übermittelt wird.

**Arzt/Klinik:**

Bayreuth, den

**Adresse:**

**Fax-Nummer:**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten