

| | | |
|--------------------------------|------------------|---------|
| 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) Rachenabstrich

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

Freitestung aus Quarantäne
nachweislich geimpft oder genesen (2G)

Schwangere, Stillende,
Impfunfähige

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