

# Untersuchungsauftrag

## # 8545 SARS-CoV-2 PCR (Human)

### Testzentrum Laboklin

**LABOKLIN**  
LABOR FÜR KLINISCHE DIAGNOSTIK GMBH & CO. KG  
Postfach 1810 • 97688 Bad Kissingen  
Telefon 0971/72020 • Telefax 0971/68546  
E-Mail: info@laboklin.com

Steubenstr.  Rathaus  NES  Münnerstadt  Bischofsheim

#### Probe:

Abstrich (Rachen/Nase)

#### Preis:

69 Euro (nicht rabattierbar)

Probenentnahme: \_\_\_\_\_  
(Datum, Uhrzeit)

#### Übermittlung:

Befund per E-Mail: \_\_\_\_\_

Befund per Fax: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass mein Befund wie angekreuzt übermittelt wird:

an o.g. Email-Adresse / via Fax (mir ist bewusst, dass hierbei keine End-zu-End-Verschlüsselung vorliegt).

#### Barcode (- wird vom Labor vergeben)

#### Testperson:

weiblich  männlich

\*Name, Vorname: \_\_\_\_\_

\*Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

\*Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

\*PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

\*Tel: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Testperson