

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:

89 Euro (nicht rabattierbar)

Probenentnahme: _____
(Datum, Uhrzeit)

Übermittlung:

Befund per E-Mail: _____

Befund per Fax: _____

Befund in englischer Sprache

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).

Datum, Unterschrift Testperson

Barcode (- wird vom Labor vergeben)

Testperson:

weiblich männlich

*Name, Vorname: _____

*Geburtsdatum: _____

*Straße, Hausnr. _____

*PLZ, Ort: _____

*Tel: _____

*Pass-/Ausweisnummer: _____