

**Untersuchungsanforderung  
für  
SARS-CoV-2  
(COVID-19 Erreger)**

An:  
**IVD Gesellschaft für  
Innovative Veterinärdiagnostik mbH**  
Albert-Einstein-Str. 5 30926 Seelze-Letter



**Telefon:** 0511-22 00 29-0 **Fax:** -99  
**E-Mail:** service@ivd-gmbh.de <https://www.ivd-gmbh.de>

<b>Praxis / Einsender:</b>	<b>Rechnungsempfänger (bei Privatpatienten / Selbstzahlern):</b>	<b>Krankenkasse bzw. Kostenträger bei gesetzlich Versicherten:</b>
Name, Vorname	Name, Vorname	Krankenkasse
Straße, Hausnr.	Straße, Hausnr.	Kostenträgerkennung
PLZ, Ort	PLZ, Ort	Versicherten-Nr.
Telefon	Telefon	Status (Mitglied, Familienversicherter, Rentner)
Fax	Fax	
E-Mail:	E-Mail:	
<b>Befund an:</b>		<b>Rechnung an:</b>
<input type="checkbox"/> Praxis <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Sonstige		<input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger <input type="checkbox"/> Sonstige

**Probenentnahmedatum:**

---

**Angaben für das Gesundheitsamt:**  
Diese Angaben werden nur bei einem positiven Corona PCR Ergebnis an das zuständige Gesundheitsamt gemeldet.

**Grund der Testung:**

**Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Fall** (Kontaktperson 1)

Erhalt einer **Warnung durch die „Corona-Warn-App“** des Robert-Koch-Institutes

Einreise aus einem **inländischen** Risikogebiet

Einreise aus einem **ausländischen** Risikogebiet

**Ausbruchsgeschehen** in Einrichtungen oder Unternehmen nach §3 RVO  
(bei Unterbringung, Tätigkeit, Betreuung oder Pflege in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen  
z.B. Pflegeheime, Krankenhäuser und Arztpraxen)

betreut / untergebracht

Tätigkeit in der Einrichtung

**Art der Einrichtung:**

medizinische Einrichtung, ambulant/ stationär (Rettungsdienste, Rehaeinrichtung)

Gemeinschaftseinrichtung (z.B. Schulen, Kitas)

Pflege- und andere Wohneinrichtungen (z.B. Justizvollzugsanstalten, andere Massenunterkünfte)

sonstige Einrichtungen \_\_\_\_\_

Sonstige \_\_\_\_\_

Bezeichnung Probe / Identifikation	Geburtsdatum	Geschlecht	Material *
		<input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀	
		<input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀	
		<input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀	

\* Nasentupfer, Rachentupfer, Nasen-Rachentupfer, Gurgelprobe, Bronchoalveoläre Lavage o.a. (bitte angeben)

**Für das SARS-CoV-2 Virus besteht eine Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz. Personenbezogene Daten werden nur im positiven Fall für die weitere Nachverfolgung von Kontaktpersonen an die zuständige Behörde weitergegeben.**

**Bei Angabe der Email-Adresse stimme ich mit meiner Unterschrift dem Versand des Befundes per E-Mail ausdrücklich zu. Andernfalls erfolgt die Mitteilung des Testergebnisses per Post.**

Ort und Datum	Unterschrift des Einsenders	Unterschrift des Rechnungsempfängers <small>(nicht notwendig bei ärztlich verordneten Untersuchungen)</small>
---------------	-----------------------------	--

Unser aktuelles Preis- und Leistungsverzeichnis erhalten Sie auf Anforderung. Es gelten unsere AGB, einzusehen unter <https://www.ivd-gmbh.de>  
Weitere Hinweise zum Datenschutz finden Sie unter <https://www.ivd-gmbh.de/datenschutz>