

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

An:
IVD GmbH
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>



Einsender / Rechnungsempfänger:	
Name, Vorname	Telefon
Straße, Hausnr.	Fax
PLZ, Ort	E-mail

Bei Angabe der Email-Adresse stimme ich mit meiner Unterschrift dem Versand des Befundes per E-Mail ausdrücklich zu. Sollten sie keine Email-Adresse angeben, wird das Testergebnis per Post versendet.

Probenentnahmedatum:
Angaben für das Gesundheitsamt Diese Angaben werden nur bei einem positiven Corona PCR Ergebnis an das zuständige Gesundheitsamt gemeldet.
Grund der Testung:
<input type="checkbox"/> Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Fall (Kontaktperson 1) <input type="checkbox"/> Erhalt einer Warnung durch die „Corona-Warn-App“ des Robert-Koch-Institutes <input type="checkbox"/> Einreise aus einem inländischen Risikogebiet <input type="checkbox"/> Einreise aus einem ausländischen Risikogebiet
<input type="checkbox"/> Ausbruchsgeschehen in Einrichtungen oder Unternehmen nach §3 RVO (bei Unterbringung, Tätigkeit, Betreuung oder Pflege in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen z.B. Pflegeheime, Krankenhäuser und Arztpraxen) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> betreut / untergebracht <input type="checkbox"/> Tätigkeit in der Einrichtung
Art der Einrichtung:
<input type="checkbox"/> medizinische Einrichtung, ambulant/ stationär (Rettungsdienste, Rehaeinrichtung) <input type="checkbox"/> Gemeinschaftseinrichtung (z.B. Schulen, Kitas) <input type="checkbox"/> Pflege- und andere Wohneinrichtungen (z.B. Justizvollzugsanstalten, andere Massenunterkünfte) <input type="checkbox"/> sonstige Einrichtungen _____
<input type="checkbox"/> Sonstige _____

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

* Nasentupfer, Rachentupfer, Nasen-Rachentupfer, Gurgelprobe (Rachenspüllösung), 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.

Ort und Datum	Unterschrift des Einsenders	Unterschrift des Rechnungsempfängers
---------------	-----------------------------	--------------------------------------

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>