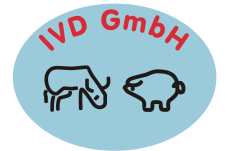


**Untersuchungsanforderung  
für  
SARS-CoV-2 PCR  
(COVID-19 Erreger)**

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](mailto: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:	

**Befund an:**  
 Praxis/ Einsender    Rechnungsempfänger    getestete Person

**Rechnung an:**  
 Praxis/ Einsender    Rechnungsempfänger    Krankenkasse

**Ich stimme mit meiner Unterschrift ausdrücklich der Zusendung des Befundes an die Praxis/ den Einsender zu.**  
Datum, Unterschrift:

<b>Probennahme:</b>	<b>Testung durchgeführt / beaufsichtigt durch:</b>	
Ort, Datum	Name, Vorname der testenden Person	Name/ Firma
		Adresse

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

**Grund der Testung:**

Bestätigungstest nach einem **positiven Antigentest**

**Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Fall** (Kontaktperson 1; §2 RVO)

Erhalt einer **Warnung „erhöhtes Risiko“** durch die **Corona-Warn-App** des Robert-Koch-Institutes (§2 RVO)

Einreise aus einem  **inländischen** Risikogebiet (§4 RVO) oder  **ausländischen** Risikogebiet (§4 Nr. 4a RVO)

**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 \_\_\_\_\_

Betriebliche Testung                                       Sonstige (z.B. Reise): \_\_\_\_\_

<b>getestete Person</b>	Name	Vorname
<input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀ Geschlecht	Straße, Hausnr.	PLZ, Ort
Geburtsdatum	Telefon	E-Mail
Ausweisnummer (bei Reisen)	Probenart *	

<b>Ich stimme durch Angabe meiner Email-Adresse dem Versand des Befundes per E-Mail ausdrücklich zu. Andernfalls erfolgt die Mitteilung des Testergebnisses per Post.</b>	Unterschrift der getesteten Person
---	------------------------------------

\* Nasentupfer (NT), Rachtupfer (RT), Nasen-Rachtupfer (NRT), Gurgelprobe (GP), Bronchoalveoläre Lavage (BALF) 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 / Testers	Unterschrift des Rechnungsempfängers  (nicht notwendig bei ärztlich verordneten Untersuchungen)
---------------	---------------------------------------	---

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>