

**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 <https://www.ivd-gmbh.de>

Praxis / Einsender:	Rechnungsempfänger (bei Privatpatienten / Selbstzahlern):	Krankenkasse bzw. Kostenträger bei gesetzlich Versicherten:
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:

Probennahme:	Testung durchgeführt / beaufsichtigt durch:	
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:

8= Bestätigungstest nach einem **positiven Antigentest** oder **nach positivem Pooling-Test** nach § 4b TestV

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

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

1= **Einreise** in die Bundesrepublik Deutschland nach Aufenthalt in einem **Virusvariantengebiet** nach §2 Nr.3a Corona-EinreiseVO (§2 (3) TestV)

3= **Ausbruchsgeschehen** in Einrichtungen oder Unternehmen nach §3 TestV
(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:

1 = medizinische Einrichtung, ambulant/ stationär (Rettungsdienste, Rehaeinrichtung)

2 = Gemeinschaftseinrichtung (z.B. Schulen, Kitas)

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

4 = sonstige Einrichtungen _____

Betriebliche Testung Sonstige (z.B. Reise): _____

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

Ich stimme durch Angabe meiner Email-Adresse dem Versand des Befundes per E-Mail ausdrücklich zu. Andernfalls erfolgt die Mitteilung des Testergebnisses per Post.

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>