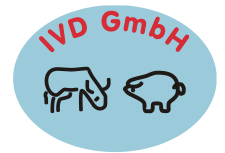


**Untersuchungsanforderung für  
SARS-CoV-2 PCR  
(COVID-19 Erreger)  
KV**

**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>Einsender:</b>	<b>Schnelltestzentrum:</b>
Name, Vorname	Name, Vorname
Straße, Hausnr.	Straße, Hausnr.
PLZ, Ort	PLZ, Ort
Telefon	Telefon
Fax	Fax
E-Mail:	E-Mail:

**Grund der Testung** gemäß Vorgaben der TestV bzw. KBV

8 = **Bestätigungs-PCR nach § 4b TestV** nach positivem Antigentest

**Positives Schnelltestzertifikat beifügen! (Testung in einem Schnelltestzentrum)**

**Datum der Probennahme durch Testzentrum:** \_\_\_\_\_

**durchgeführt / beaufsichtigt durch:** \_\_\_\_\_

oder  **Positives Testergebnis in Eigenanwendung (Corona Selbsttest)**  
Hiermit bestätige ich, dass ich in einem Antigen-Test zur Eigenanwendung ein positives Ergebnis habe

**Datum der Eigentestung:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

1 = **Test nach § 2 TestV** Kontaktpersonen, nachweislich infizierte, Voraufenthalt Virusvariantengebiet

3 = **Test nach § 3 TestV** Ausbruchsgeschehen

4 = **Test nach § 4 Abs. 1 Nr.1 und 2 TestV** Verhütung der Verbreitung

Besondere Risikomerkmale einer Weiterverbreitung (sofern zutreffend, bitte ankreuzen)

**Betreut / untergebracht in:**  **Tätigkeit in der Einrichtung:**

**Art der Einrichtung:**

1 = **Medizinische Einrichtungen** ambulant/ stationär (auch Rettungsdienste, andere humanmedizinische Heilberufe)

2 = **Gemeinschaftseinrichtungen** (z.B. Kitas, Schulen)

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

4 = **Sonstige Einrichtungen** (z.B. nicht medizinische Reha- und Vorsorgeeinrichtungen, ambulanter Dienst der Eingliederungshilfe), bitte angeben: \_\_\_\_\_

<b>Angaben zur getesteten Person</b>	Name	Vorname	
	Geschlecht <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀	Straße, Hausnr.	PLZ, Ort
	Geburtsdatum	Telefon	E-Mail
	<b>Datum der Probennahme für PCR:</b>	<b>Art der Probe *:</b>	

\* Nasentupfer (NT), Rachentupfer (RT), Nasen-Rachentupfer (NRT), Gurgelprobe (GP), bitte angeben

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

Das Testzentrum darf eine Kopie des Befundes für ev. Rückfragen erhalten

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

**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.**

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>