

		<b>SARS-CoV-2-PCR</b>		Stempel und Unterschrift überweisender Arzt   Hier Barcode einkleben
Name, Vorname des Versicherten		<input type="checkbox"/> Wunschleistung (IGeL) <input type="checkbox"/> Rechnung an Patient		
geb. am		Labor-Nr.		
PAT-ID				
		Datum		

Diagnose / Fragestellung:

Abnahme-Datum:	Bei Rechnung an Patient oder bei Wunschleistung (IGeL): Ich übernehme die Kosten für die mit diesem Auftrag veranlassten Laboruntersuchungen. Das beauftragte Labor ist befugt, übernommene Untersuchungsaufträge an ärztlich geleitete Labore ganz oder teilweise weiterzuleiten. Mit der oben genannten Rechnungsadressierung und -übermittlung bin ich einverstanden.	 <b>Medizinische Laboratorien</b> PASSAU • DEGGENDORF • NEUÖTTING  <b>MVZ Labor Passau GbR</b> <small>Wörth 15 · 94034 Passau · Tel. (08 51) 95 93 00 · Fax (08 51) 95 93 263</small>
Abnahme-Uhrzeit:		
Geschlecht: <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M		
Datum:	Unterschrift:	

Rechnungsadresse:

Anforderung: SARS-CoV-2-PCR Testung

Material:       Rachenabstrich                       Nasenabstrich                       Rachen/Nasenabstrich  
 Sonstiges