

		SARS-CoV-2-PCR		Stempel und Unterschrift überweisender Arzt
Name, Vorname des Versicherten		<input type="checkbox"/> Rechnung an Patient <input type="checkbox"/> Rechnung an Firma		
geb. am		<input type="checkbox"/> IGeL <input type="checkbox"/> USt.-pflichtig		
PAT-ID		Labor-Nr.		
Datum				

Diagnose / Fragestellung:

Abnahme-Datum:	Bei Rechnung an Patient: 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.	 Medizinische Laboratorien PASSAU • DEGGENDORF • NEUÖTTING MVZ Labor Passau GbR <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