

Inst. f. Krankenhaushygiene und Mikrobiologie**8010 Graz, Stiftingtalstraße 14**

Ärztlicher Direktor: Prim. Dr. med. Klaus Vander

ANNAHMEZEITEN: Mo - Fr 7.30 - 14.30, Sa 8.00 - 11.00, So 8.30 - 10.00**ABGABE:** jederzeit (Probeneinwurf)**ANFRAGEN:** Tel.: 0316/340-5704**BEFUNDAUSKUNFT:** Tel.: 0316/340-5720, Fax.: 5702**BEGLEITSCHIN FÜR
UNTERSUCHUNG auf
SARS-CoV-2**

BITTE NICHT BESCHRIFTEN!!!

BARCODE LABOR

PATIENTEN-ETIKETT MIT BARCODE:

oder Patienten-Name, Geb.Datum, SV-Nr.:

EINSENDER (Stempel):**Paraphe:****Gewünschte Untersuchung:****SARS-CoV-2-PCR**

- Abstrich Rachen/Nase
 Sputum
 Tiefes resp. Material (BAL, ETAB)
 Sonstiges _____

- Antikörper
SARS-CoV-2-IgG**
aus Serum

Indikation zur Untersuchung:

- Klinische Symptomatik auf eine Infektion mit SARS-CoV-2 hinweisend
 Kontakt mit bestätigtem Fall
 Mitarbeiter mit ungeschütztem Kontakt zu bestätigtem Fall
 Folgeuntersuchung nach **positivem Testergebnis**

Untersuchungen gem. Epidemiegesetz

- Mitarbeiterscreening
 Patienten-/Bewohnerscreening
 Behördlich angeordnetes Screening
 Sonstiges _____

Anweisender Arzt:

Name in Blockbuchstaben: _____

Unterschrift: _____

Telefonnummer: _____

Entnahme (Datum): _____

Version 3.0, vom 22.06.2020

Inst. f. Krankenhaushygiene und Mikrobiologie**8010 Graz, Stiftingtalstraße 14**

Ärztlicher Direktor: Prim. Dr. med. Klaus Vander

ANNAHMEZEITEN: Mo - Fr 7.30 - 14.30, Sa 8.00 - 11.00, So 8.30 - 10.00**ABGABE:** jederzeit (Probeneinwurf)**ANFRAGEN:** Tel.: 0316/340-5704**BEFUNDAUSKUNFT:** Tel.: 0316/340-5720, Fax.: 5702**BEGLEITSCHIN FÜR
UNTERSUCHUNG auf
SARS-CoV-2**

BITTE NICHT BESCHRIFTEN!!!

BARCODE LABOR

PATIENTEN-ETIKETT MIT BARCODE:

oder Patienten-Name, Geb.Datum, SV-Nr.:

EINSENDER (Stempel):**Paraphe:****Gewünschte Untersuchung:****SARS-CoV-2-PCR**

- Abstrich Rachen/Nase
 Sputum
 Tiefes resp. Material (BAL, ETAB)
 Sonstiges _____

- Antikörper
SARS-CoV-2-IgG**
aus Serum

Indikation zur Untersuchung:

- Klinische Symptomatik auf eine Infektion mit SARS-CoV-2 hinweisend
 Kontakt mit bestätigtem Fall
 Mitarbeiter mit ungeschütztem Kontakt zu bestätigtem Fall
 Folgeuntersuchung nach **positivem Testergebnis**

Untersuchungen gem. Epidemiegesetz

- Mitarbeiterscreening
 Patienten-/Bewohnerscreening
 Behördlich angeordnetes Screening
 Sonstiges _____

Anweisender Arzt:

Name in Blockbuchstaben: _____

Unterschrift: _____

Telefonnummer: _____

Entnahme (Datum): _____

Version 3.0, vom 22.06.2020