

**PATIENTEN-ETIKETT MIT BARCODE:**

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

**EINSENDER (Stempel):**

**SARS-CoV-2-PCR**

Abstrich Rachen/Nase

Sputum

Tiefes resp. Material (BAL, ETAB)

Sonstiges \_\_\_\_\_

**SARS-CoV-2 Antigen Assay \***

Annahme bis 12:00 Uhr

**Antikörper SARS-CoV-2-IgG**  
 Immunitätsuntersuchung z.B nach Impfung

**Antikörper SARS-CoV-2-IgG**  
 V.a. Long COVID Syndrom (Spike + Nucleocapsid)

**Indikation zur Untersuchung:**

Klinische Symptomatik auf eine Infektion mit SARS-CoV-2 hinweisend

Kontakt mit bestätigtem Fall, Datum: \_\_\_\_\_

Mitarbeiter mit ungeschütztem Kontakt zu bestätigtem Fall, Datum: \_\_\_\_\_

Folgeuntersuchung nach positivem Testergebnis

Untersuchungen gem. Epidemiegesetz

Mitarbeiterscreening

Patienten-/Bewohnerscreening

Behördlich angeordnetes Screening

Sonstiges \_\_\_\_\_

\* ist nur mit Spezialabnahme -  
 Set (Tupfer und Röhren)  
 durchführbar!  
 (erhältlich am IKM)

**Anweisender Arzt:**

Name in Blockbuchstaben: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Entnahme (Datum): \_\_\_\_\_

**PATIENTEN-ETIKETT MIT BARCODE:**

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

**EINSENDER (Stempel):**

**SARS-CoV-2-PCR**

Abstrich Rachen/Nase

Sputum

Tiefes resp. Material (BAL, ETAB)

Sonstiges \_\_\_\_\_

**SARS-CoV-2 Antigen Assay \***

Annahme bis 12:00 Uhr

**Antikörper SARS-CoV-2-IgG**  
 Immunitätsuntersuchung z.B nach Impfung

**Antikörper SARS-CoV-2-IgG**  
 V.a. Long COVID Syndrom (Spike + Nucleocapsid)

**Indikation zur Untersuchung:**

Klinische Symptomatik auf eine Infektion mit SARS-CoV-2 hinweisend

Kontakt mit bestätigtem Fall, Datum: \_\_\_\_\_

Mitarbeiter mit ungeschütztem Kontakt zu bestätigtem Fall, Datum: \_\_\_\_\_

Folgeuntersuchung nach positivem Testergebnis

Untersuchungen gem. Epidemiegesetz

Mitarbeiterscreening

Patienten-/Bewohnerscreening

Behördlich angeordnetes Screening

Sonstiges \_\_\_\_\_

\* ist nur mit Spezialabnahme -  
 Set (Tupfer und Röhren)  
 durchführbar!  
 (erhältlich am IKM)

**Anweisender Arzt:**

Name in Blockbuchstaben: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Entnahme (Datum): \_\_\_\_\_