

Institut für Krankenhaushygiene und Mikrobiologie
8010 Graz, Stiftingtalstraße 16
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

IKM

Version 6.0, vom 03.05.2021 (2003.2948)

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 Röhrchen)
durchführbar!
(erhältlich am IKM)

Anweisender Arzt:

Name in Blockbuchstaben: _____

Unterschrift: _____

Telefonnummer: _____

Entnahme (Datum): _____

Institut für Krankenhaushygiene und Mikrobiologie
8010 Graz, Stiftingtalstraße 16
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

IKM

Version 6.0, vom 03.05.2021 (2003.2948)

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 Röhrchen)
durchführbar!
(erhältlich am IKM)

Anweisender Arzt:

Name in Blockbuchstaben: _____

Unterschrift: _____

Telefonnummer: _____

Entnahme (Datum): _____