



Erfassungsbogen

zwingend 2x ausgefüllt mitzubringen

Angaben zur Person	
Anrede	:
Titel	:
Nachname	:
Vorname	:
Geburtsdatum	:
Kontaktdaten	
PLZ	:
Ort	:
Straße	:
Hausnummer	:
Telefon	:
E-Mail	:

- Ich hatte Kontakt mit einer bestätigten an Covid-19 erkrankten Person.
- Ich habe Erkältungssymptome und möchte mich testen lassen.
- Ich möchte, z.B. aus Besuchergründen, wissen ob ich positiv oder negativ bin.
- Ich möchte wissen ob ich das SARS-CoV-19-Virus bereits hatte (Antikörpertest).

Einwilligung

Ich _____, geb. am _____, erkläre mich damit einverstanden, dass das MVZ meinen Rachenabstrich (Blut bei Antikörpertest) auf das Vorliegen einer Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus untersuchen darf. Ich habe das Infoblatt gelesen und verstanden.

Nach GOÄ berechnen wir Ihnen für den Sars-CoV-2 Schnelltest 50€ (ausgenommen städtische Mitarbeiter mit Kostenübernahmeerklärung).

Für den Nachweis von Immunität/ Antikörper gegen abgelaufene Corona Infektion berechnen wir 80€ nach GOÄ. Zahlbar vor Labor.

Ort, Datum

Unterschrift

Testergebnis:

Schnelltest gegen SARS-CoV-2

Positiv:

Negativ:

Datum, Uhrzeit

Unterschrift MTA