



Untersuchungsantrag SARS-CoV-2

Titel: _____ Firma (nur bei Kostenübernahme): _____

Familienname: _____ Vorname: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Geburtsdatum: _____ SV-Nr: _____

PLZ, Ort, Straße, Hausnummer:

Mobiltelefonnummer: _____ Reisepassnummer (wenn gewünscht): _____

Frühere Covid-Infektion?, Wann?: _____

Probenentnahme-Datum: _____ Probenentnahme-Uhrzeit: _____

Untersuchungsmaterial: Nasen/Rachen-Abstrich

SARS-CoV-2-Virus PCR + Abstrich EUR 60,00

SARS-CoV-2-Virus PCR + Abstrich + ärztl. Attest EUR 70,00
(ärztl. Attest ausschließlich von der Abnahmestelle ausstellbar)

Befundübermittlung:

elektronisch mittels SMS-Code zur direkten Abfrage am Befundserver

Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborbefunde betreffend ZHB Labor GmbH, Hopfengasse 3, 4020 Linz, bis auf (jederzeit möglichen) Widerruf elektronisch unter <https://befunde.labene.at> zum Abruf bereit gestellt werden. Diese Zustimmungserklärung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise widerrufen werden.

postalisch an Wohnadresse

Email:(nicht DSGVO-konform)

Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse möchte ich die oben markierte(n) Leistung(en) in Anspruch nehmen. Ich werde für die Kosten selbst aufkommen. Mir ist bekannt, dass die gesetzliche Krankenkasse nicht verpflichtet ist, die Leistung oder einen Teil davon zu erstatten

Datenschutzrechtlicher Hinweis: Die Erfassung, Speicherung und Weitergabe von personen- sowie gesundheitsbezogenen Daten erfolgt ausschließlich zum Zwecke der Auftragserfüllung (z.B. Befunderstellung, elektronischer Abruf) unter Wahrung der Bestimmungen des Datenschutzgesetzes sowie des Gesundheitstelematikgesetzes. Genauere Informationen finden sie in der Datenschutzerklärung auf der Homepage der ZHB Labor GmbH (www.laborlinz.at).

Datum

Unterschrift des Patienten