

Labor Berlin LB900 Anforderung SARS-CoV-2 (COVID-19)

Kompetenz von Charité und Vivantes

Hier bitte Patienten-Etikett mit Barcode einkleben. Falls nicht vorhanden, bitte vorgeschriebene Felder ausfüllen

Name: _____
Vorname: _____
Geb.: _____
Anschrift: _____
Fall-Nr.: _____

Hier bitte Barcode-Etikett "Einsender" einkleben

Falls nicht vorhanden, bitte handschriftlich hier ausfüllen:
Einsender: _____

Hier bitte Barcode-Etikett "Auftrag" einkleben.

Labor - Hotline: 030 / 40 50 26-800
www.laborberlin.com

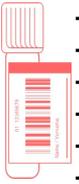
Entnahme-Datum

Entnahme-Zeit

Geschlecht

- männl.
 weibl.
 divers

Kleben Sie bitte die Etiketten wie dargestellt auf die Probengefäße



Befundempfänger und Kostenträger (unbedingt auszufüllen!)

Einsenderfaxnummer für Befundübermittlung: _____

Kostenträger: Überweisungsträger Muster 10 liegt bei
 Privat *
Wenn nichts angestrichen, dann erfolgt Rechnung an Einsender.

PLZ und Wohnort des Patienten: _____

Labor Berlin - Charité Vivantes GmbH Virologie

Prof. Dr. C. Drosten
Sylter Straße 2 | 13353 Berlin

Kontakt

Tel. 030 / 40 50 26-666
www.laborberlin.com/virologie
Rufbereitschaft: 0151 42 23 04 47
Fax 030 / 40 50 26-616

Anmerkungen

Virusdirektnachweis (PCR im resp. Material)

SARS-Coronavirus-2-RNA (2019-nCoV bzw. COVID-19)

zusätzliche Untersuchung:

Influenza A/B-PCR

Probenmaterial für die PCR-Diagnostik

- Bronchoalveoläre Lavage
 Trachealsekret
 Rachenspülwasser
 Abstrichtupfer Nase
 Biopsie _____

- Abstrichtupfer Nase & Rachen in 1 Röhrchen
 Sputum
 Abstrichtupfer Rachen

Sonstiges: _____

Symptome / Anamnese

- Respiratorische Symptomatik
 Kontakt zu bestätigtem SARS-CoV-2 Patient
 Beatmungspflichtige respiratorische Insuffizienz
 Auslandsreise in den letzten 14 Tagen _____
 Fieber > 38°C
 RKI Chronische Grunderkrankung

Symptome seit: 1-3 Tage 4-7 Tage 2-3 Wochen >3 Wochen

Vorbefunde

Influenzavirus: positiv negativ nicht durchgeführt

Einsenderstempel

* PKV-Patienten / Selbstzahler: Die Abrechnung erfolgt durch PVS Berlin-Brandenburg-Hamburg GmbH & Co. KG.

Hiermit wird bestätigt, dass der Patient darüber informiert wurde.

Datum _____

Unterschrift _____

