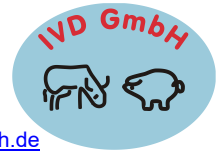


**Untersuchungsanforderung für
SARS-CoV-2
(COVID-19 Erreger)**

An:
IVD GmbH
Albert-Einstein-Str. 5
30926 Seelze-Letter
Telefon: 0511-22 00 29-0 **Fax:** -99
E-Mail: service@ivd-gmbh.de <https://www.ivd-gmbh.de>



Einsender / Rechnungsempfänger:	
Name, Vorname	Telefon
Straße, Hausnr.	Fax
PLZ, Ort	E-mail
Datum der Probenentnahme:	

Probe / Identifikation / Patient	Geburtsdatum	Geschlecht	Probenmaterial *	Ausweisnummer für Reisen
		<input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀		
		<input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀		
		<input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀		
		<input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀		
		<input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀		
		<input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀		

* Nasentupfer (NT), Rachentupfer (RT), Nasen-Rachentupfer (NRT), Gurgelprobe (GP), bitte angeben

**Ich stimme durch Angabe meiner Email-Adresse dem Versand des Befundes per E-Mail ausdrücklich zu.
Andernfalls erfolgt die Mitteilung des Testergebnisses per Post.**

Ort und Datum	Unterschrift des Einsenders / Rechnungsempfänger
---------------	--

**Für das SARS-CoV-2 Virus besteht eine Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz.
Personenbezogene Daten werden nur im positiven Fall für die weitere Nachverfolgung von Kontaktpersonen an die zuständige Behörde weitergegeben.**

Unser aktuelles Preis- und Leistungsverzeichnis erhalten Sie auf Anforderung. Es gelten unsere AGB, einzusehen unter <https://www.ivd-gmbh.de>
Weitere Hinweise zum Datenschutz finden Sie unter <https://www.ivd-gmbh.de/datenschutz>