

# Privatuntersuchung Covid Antikörper

Dr. PHILADELPHY

Med.chem.Labor

Andreas-Hofer-Str. 28  
6020 Innsbruck



Auftragsnummer: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Bitte in BLOCKSCHRIFT

Vorname \_\_\_\_\_

Bitte in BLOCKSCHRIFT

männlich M weiblich

Soz.Vers.Nr. \_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

Vers.Nummer

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

T T M M J J

Strasse \_\_\_\_\_

Bitte in BLOCKSCHRIFT

PLZ \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Bitte in BLOCKSCHRIFT

Telefon \_\_\_\_\_

## Testnachweis gemäß

 Bundesministerium  
Soziales, Gesundheit, Pflege  
und Konsumentenschutz

ZERTAB

## medical certificate

nur für die Einreise nach  
China, arab.Emirate, HKG etc.

Geburtsort/place of birth \_\_\_\_\_

Passnummer/Passportnumber \_\_\_\_\_

## Nur wenn Rechnungsadresse abweicht

Rechnung an: \_\_\_\_\_

## Befund:

wird abgeholt

per Post

per Patientenportal

per E-Mail

@ \_\_\_\_\_

Bitte in BLOCKSCHRIFT

oder an Arzt bzw. Auftraggeber \_\_\_\_\_

## Honorarnote:

wird abgeholt

per Post

per E-Mail (siehe oben)

Ich nehme zur Kenntnis, dass durch die Übermittlung der Daten, (unberechtigte) Dritte Kenntnis über die Informationen erhalten können und diese Daten verändert werden können. Mir ist bewusst, dass dies zur Offenlegung meines Gesundheitszustandes führen kann. Diese Einwilligung gilt nur für die Übermittlung dieses aktuellen Laborauftrages.

COVGABNEUT Neutralisierende Antikörper (Immunität nach Erkrankung oder Impfung) 25.-

COVMAB IgM Antikörper (frische oder kurz abgelaufene Erkrankung) 25.-

COVNUKAB Nukleokapsid Antikörper (Nachweis einer durchgemachten Infektion) 25.-

Ich beauftrage das Labor Dr. Philadelphy mit obigem Laborbefund auf privater Basis (keine Kassendirektverrechnung). Ich bin mit der Übermittlung meines Befundes an den angegebenen Arzt/Auftraggeber einverstanden.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_