

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: _____