☐ **Molekularbiologischer Nachweis (Real-time-PCR) auf SARS-CoV-2** € 95.-

☐ **EILPROBE (max 90 Min.)** € 165.-
(nur im drive-in „Völserstraße)
express testing within 90 minutes

☐ **Antigen-Schnelltest auf SARS-CoV-2** € 35.-

Dr. PHILADELPHY
Med.chem.Labor
Andreas-Hofer-Str. 28
6020 Innsbruck

Auftragsnummer:

Abnahmezeit: _____

Grund der Untersuchung: reason of testing
☐ Kontakt /contact ☐ Symptome /symptoms
☐ Grenzübertritt border crossing ☐ Sonstiges _____

Name surname _____
Bitte in BLOCKSCHRIFT, please write in capital letters

Vorname first name _____
Bitte in BLOCKSCHRIFT, please write in capital letters

☐ männlich male
☐ weiblich female

Soz.Vers.Nummer

Tag/day Monat/month Jahr/year
Geburtsdatum /date of birth

Strasse street _____
Bitte in BLOCKSCHRIFT, please write in capital letters

PLZ postal code _____ Ort city _____
Bitte in BLOCKSCHRIFT, please write in capital letters

Telefon mobile phone _____
Sie erhalten einen Anruf bei positivem Befund / we will call you in case of positive testing.

für Auslandsreisen
in Länder ohne Green Pass
for countries without green pass
☐ **medical certificate**

Geburtsort/place of birth

Passnummer/Passportnumber

Nur wenn Sie eine ausländische Adresse angegeben haben:
only for foreign adresses

Derzeitiger Wohnort in Österreich _____
current residence in Austria

☐ ich bin auf der Durchreise und halte mich nicht in Österreich auf / I am travelling through Austria

Befund:
result

Abholer pick up ☐ per E-Mail ☐ _____

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.

I acknowledge that by transmitting the data, (unauthorized) third parties can gain knowledge of the information and that this data can be changed. I am aware that this may lead to the disclosure of my state of health. This consent only applies to the transmission of this current laboratory order.

Die Rechnungsadresse ist nicht meine Wohnadresse
only if the billing adress is not my home adress

Rechnung an: invoice to _____

Reklamationen am Tag der Analyse bitte von **19:00 - 21:00** unter labor.philadelphy@phillab.at mit Angabe der Auftragsnummer. Bei Reklamationen nach 21:00 ist kein Rechtsanspruch mehr gegeben.

Please send **complaints** on the day of the analysis between **7:00 p.m. and 9:00 p.m.** to labor.philadelphy@phillab.at, stating the order number. Complaints after 9:00 p.m. will loose the legal claim.

Datum: date _____ Unterschrift: signature _____