

**Molekularbiologischer Nachweis  
(Real-time-PCR) auf SARS-CoV-2**

Montag-Samstag € 120.-  
Sonn- u. Feiertag € 180.-

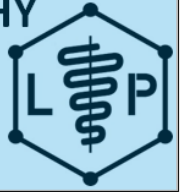
als **EILPROBE** in 90 Minuten €180.-  
(nur im drive-in, Völserstraße)

**DR. PHILADELPHY**

**Med.chem. Labor**

Andreas-Hofer-Str. 28

6020 Innsbruck



**Antigen-Schnelltest auf SARS-CoV-2**

Montag-Samstag € 45.-  
Sonn- u. Feiertag € 65.-

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

Abnahmezeit: \_\_\_\_\_

**Grund der**  Kontakt  Symptome

**Untersuchung:**  Grenzübertritt  Sonstiges \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_  
surname Bitte in BLOCKSCHRIFT  männlich

Vorname \_\_\_\_\_  
first name Bitte in BLOCKSCHRIFT  weiblich

Soz. Vers. Nummer					Tag/day Monat/month Jahr/year Geburtsdatum /date of birth						

Strasse \_\_\_\_\_ Hnr. \_\_\_\_\_  
Bitte in BLOCKSCHRIFT

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
Bitte in BLOCKSCHRIFT

Telefon \_\_\_\_\_  
Für den Fall eines positiven Ergebnisses werden sie telefonisch verständigt.

nur für Auslandsreisen:

**medical certificate**

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

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

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

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:**

Abholer  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.

**Die Rechnungsadresse ist nicht meine Wohnadresse**

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

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

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