

Kluge Diagnostik. Richtige Entscheidung.

## Patientenbogen – SARS-CoV-2-Untersuchung

Bitte bringen Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Patientenbogen am Tag der Untersuchung mit!

Unsere Kontaktdaten  
**SYNLAB MVZ Hamburg GmbH**  
 Osterbekstraße 90c  
 22083 Hamburg  
 Telefon +49 40 650604-0 – Fax +49 40 650604-47

Barcode

<b>Nachname, Vorname</b>	
<b>Geschlecht</b>	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Anschrift</b>	
<b>Telefonnummer</b>	
<b>Durchzuführende Untersuchung</b>	<input type="radio"/> SARS-CoV-2-Erregernachweis (Rachenabstrich- oder Nasenabstrich) <input type="radio"/> Coronavirus-Antikörper-Test (Blutentnahme)
<b>Abrechnung</b>	<b><u>SARS-CoV-2-Erregernachweis:</u></b> <input type="radio"/> Privatpatient (147,46 €; 1,15-fach GOÄ) <input type="radio"/> Selbstzahler (128,23 €; 1,0-fach GOÄ) <input type="radio"/> Kostenübernahme durch Firma <b><u>Coronavirus-Antikörper-Test:</u></b> <input type="radio"/> Privatpatient (20,11 €, 1,15-fach GOÄ) <input type="radio"/> Selbstzahler (17,49 €, 1,0-fach GOÄ) <input type="radio"/> Kostenübernahme durch Firma
<b>Firmenname</b> (falls Kostenübernahme durch Firma)	
<b>Rechnungsanschrift</b> (falls Kostenübernahme durch Firma)	
<b>Besteht ein erhöhtes Infektionsrisiko?</b> (bspw. aufgrund Kontakt mit einer Corona-positiv-getesteten Person oder Aufenthalt in einem vom RKI ausgewiesenen internationalen Risikogebiet innerhalb der letzten 14 Tage)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<b>Datenschutzerklärung</b> <a href="https://www.synlab.de/datenschutz">https://www.synlab.de/datenschutz</a>	Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und akzeptiere diese. <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<b>Ich willige ein, dass mein Befund an meinen Arbeitgeber übermittelt wird</b> (falls Kostenübernahme durch Firma)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<b>Anmerkungen</b>	
<b>Datum, Unterschrift</b>	

**E-Mail an Labor**