

CORONA-VIRUS-UNTERSUCHUNG

Ersatzschein zur SARS-CoV-2 Testung

Name PatientIn:

Adresse:

Geburtsdatum:

Sozialversicherung:

LEISTUNG:

Tests zur Covid-19 Pandemie:

- PCR-Testung (EUR 120,-)
- Antikörper-Testung (EUR 35,-)

Folgendes Material wurde abgenommen:

- Rachen-Nasen-Abstrich
- Blutabnahme aus der Vene

ADMINISTRATION / VERRECHNUNG:

- Parameter werden privat verrechnet (Rechnung folgt per Post)

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG:

Ich (PatientIn) bin einverstanden, dass die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter von IHR LABOR bei mir eine Abstrichabnahme und/oder Blutabnahme aus der Vene durchführt. Weiters ist mir bewußt, dass ich die Rechnung über den Gesamtbetrag der in Anspruch genommenen Leistungen, welche ich per Post an die o.g. Adresse erhalte, privat zu bezahlen habe.

Datum: Unterschrift des Patienten:

Paraphe IHR LABOR MitarbeiterIn: