


Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Auftragsnummer des Labors

**Hier bitte sorgfältig
Barcode-Etikett einkleben!**



Stempel des Absenders

Eilt/FAX

Auftragsschein für SARS-CoV-2 PCR-Test

Untersuchung erbeten

SARS-CoV-2 RNS (PCR) 64,12 €

Material

Rachenabstrich
 Nasenabstrich
 Rachen/Nasenabstrich

Abnahmedatum Abnahmezeit

Reisepass-Nr. oder Personalausweis-Nr.

Abreisetag Uhrzeit (z.B. des Fluges)

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

Die Befundübermittlung erfolgt über unsere Webseite covid19.medlab-bochum.de. Bei Störungen können die Befunde per E-Mail versendet werden.

Zur Übermittlung an das Gesundheitsamt bei positivem Befund gemäß Infektionsschutzgesetz.

Hinweise zur Datenübermittlung und Haftungsausschluss

Im Rahmen der aktuellen nationalen Teststrategie werden Abstriche für Reisende und Reiserückkehrer grundsätzlich nicht von den Krankenkassen oder anderen Kostenträgern übernommen. Die entstehenden Kosten sind vom Patienten selbst zu tragen.

Hinsichtlich der Erfüllung von Anforderungen von Corona Testergebnissen bei der Vorlage z.B. bei Reisezielen, oder anderen Reiseveranstaltungen kann seitens des Labors keine Haftung übernommen werden, da viele Länder oder Institutionen hierfür über eigene Regularien verfügen. Es liegt im Verantwortungsbereich des Reisenden sich zu informieren, ob der angeforderte Test und die Angaben auf dem Befundbericht ausreichend sind.

Wir weisen darauf hin, dass die PCR-Test-Auswertung in aller Regel 24 - 48 Stunden nach Probeneingang im Labor in Anspruch nehmen kann, über Sonn- und Feiertage auch länger. Zeitvorgaben seitens der Airline oder dem Einreiseland liegen im Verantwortungsbereich des Reisenden, insbesondere ob Abflugzeit oder Ankunftszeit entscheidend sind und wie es sich bei Umsteigeflügen verhält.

Der Reisende ist darauf hingewiesen worden, möglichst stornier- oder umbuchbare Reisen auszuwählen, da es auch zu Verzögerungen der PCR-Test-Auswertung kommen kann, insbesondere bei notwendigen Priorisierungen aufgrund der Coronavirus-Surveillanceverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit. Des Weiteren wird darauf hingewiesen, dass ohne Ankündigung – z.B. aufgrund von Lieferschwierigkeiten infolge der globalen Pandemie-Lage sich die Testbearbeitung verzögert oder sogar zeitweise unmöglich wird.

Sämtliche Risiken infolge eines verzögerten oder ausbleibenden Testergebnisses (z.B. entgangene Reisen, entgangene Gewinne, mittelbare und sonstige Folgeschäden) gehen zu Lasten des Reisenden. Das Labor übernimmt keinerlei Haftung, gleich aus welchem Grund, für die Folgen eines verzögerten oder ausbleibenden Testergebnisses. Sollte der Reisende nicht einverstanden sein, wird der Test nicht durchgeführt.

Der Befundbericht enthält Name, Geburtsdatum, Ausweisnummer/Reisepassnummer (sofern auf dem Auftrag angegeben), Abnahmedatum und -uhrzeit. Der Befundbericht wird in deutscher und das Ergebnis in englischer Sprache zur Verfügung gestellt.

Der Patient willigt ausdrücklich ein, dass die benötigten Behandlungsdaten, Laborergebnisse und Befunde auf dem vom Labor betriebenen Server gespeichert werden darf. Das Labor darf per E-Mail auch unverschlüsselt Informationen, einschließlich Patienten- und Gesundheitsdaten übermitteln. Mir ist bekannt, dass die vorstehende Einwilligung jederzeit vollständig oder teilweise widerrufen werden kann.

Ein positives Testergebnis wird durch das Labor an das zuständige Gesundheitsamt gemeldet.

Ort, Datum Unterschrift Patient/in oder gesetzlicher Vertreter/in

Patientenvereinbarung über privatärztliche Abrechnung von medizinischen Leistungen außerhalb der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung.

Als Mitglied der o.g. Krankenkasse möchte ich oben markierte Leistung(en) in Anspruch nehmen. Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschte(n) ärztliche(n) Leistung(en) in meinem Fall nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird/werden. Ich werde die Kosten entsprechend o.g. Aufstellung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ 1996) selbst tragen.

Ort, Datum Unterschrift Patient/in oder gesetzlicher Vertreter/in