



LABOR ROTHEN

Am Puls der Patienten.

Deutsch

Schwanen Apotheke

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: M W

Strasse Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Befundweg: Post E-Mail

Befundkopie an: _____

Ja, ich bin einverstanden zusätzliche Informationen vom Labor Rothen zu erhalten



1015911

Datum der Probenentnahme:

Zeit:

Visum:

Bemerkungen:

SARS-CoV-2 PCR (Symptome) Krankenkasse: _____

SARS-CoV-2 PCR (Reisen usw.) QR-Zertifikat: Ja Nein

SARS-CoV-2 Antikörper QR-Zertifikat: Ja Nein

Serum (1 venöses Röhrchen oder 2 volle kapillar Röhrchen)

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung zu den veranlassten Untersuchungen und bin über die selbsttragenden Kosten informiert. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Leistungen gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) nicht von der Grundversicherung übernommen werden.

Alle Preisangaben sind ohne 7,7% MWST. Diese Kosten kommen zusätzlich auf den Endbetrag dazu. Preise basieren auf Tarifen der Eidgenössischen Analysenliste des Bundes. Analysenverzeichnis siehe www.labor-rothen.ch

Ich bestätige hiermit die Korrektheit meiner Angaben und bin damit einverstanden, dass meine Daten für das Covid-Zertifikat an den Bund übermittelt werden und die Dokumente an meine mail-Adresse gesendet werden.

Datum:

Unterschrift: