

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!

Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers

Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Auftrag für SARS-CoV-2 Testung

>>>>> **Muster nicht kopieren!** <<<<<<

Auftragsnummer des Labors

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

Abnahmedatum

Abnahmezeit

10CBF



Quartal

Geschlecht

Ersttestung

weitere
Testung

Diagnostische Abklärung

Besondere Risikomerkmale einer Weiterverbreitung (sofern zutreffend, bitte ankreuzen)

Betreut/unter-
gebracht in:

Medizinischen Einrichtungen
ambulant/stationär (auch Rettungs-
dienste, andere humanmed. Heilberufe)

Pflege- und anderen Wohneinrichtungen
(z.B. Pflegeheime und -dienste, Justizvollzugsanstalten,
andere Massenunterkünfte)

Tätigkeit in
Einrichtung:

Gemeinschaftseinrichtungen
(z.B. Kitas, Schulen)

Sonstigen Einrichtungen
(z.B. nicht medizinische Reha- und Vorsorgeeinrichtungen,
ambulante Dienste der Eingliederungshilfe)

Das Einverständnis des Versicherten zum Übermitteln des Testergebnisses für
Zwecke der Corona-Warn-App auf den vom RKI betriebenen Server wurde erteilt.
Dem Versicherten wurden Hinweise zum Datenschutz ausgehändigt.

Daten für das Gesundheitsamt - Übermittlung gemäß Infektionsschutzgesetz

Telefonnummer des Versicherten

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt