|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Labor | Patient | Auftraggeber |
|  | Patientenangaben bitte vollständig erfassen!  Name, Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Strasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  PLZ Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Land: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Geschlecht: 🞏 männlich 🞏 weiblich | Auftraggeber zwingend hier ▼erfassen! |
| **Tel.-Nr. Patient:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Krankenkasse:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Flugreise geplant:  Reisepass-Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Entnahmedatum: |
| Entnahmezeit: |
| 🞏 Befund in Englisch | Tel.-Nr. für Rückfragen: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Befundkopie an Patienten 🞏 Briefpost 🞏 E-Mail:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Patienten Unterschrift:  *(oder durch eine vom Patienten autorisierte Person, die seine Zustimmung hat, z.B. Arzt):*    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | **Material**  Abstrich mit eSwab Transportmedium  🞏 Nasopharynxabstrich (empfohlen) oder  🞏 Rachenabstrich  in Schutzgefäss mit Saugeinlage einsenden oder  🞏 Speichel-Probe |
|  | **🗷 SARS-CoV-2 (PCR)**  Gemäss BAG-Faktenblatt vom 28.01.2021 muss eine Indikation der Analyse bei ambulanten Patienten zwingend vermerkt werden! | | |
|  | 🞏 **Hospitalisierter Patient (Fallpauschale)**  🞏 **Ambulanter Patient** oder im stationären Bereich in Alters- & Pflegeheimen sowie anderen sozialmedizinischen Institutionen | | |
|  | 🞏 **Beprobungsstrategie** des BAG vom 27.01.2021 ist **erfüllt**  Rechnungsstellung an Krankenkasse. Die Leistungen gehen als Gesamtbetrag zulasten des Bundes.   * **Angabe** der Krankenkasse **zwingend** erforderlich (bitte im Kopf des Formulars ausfüllen). | | |
|  | 🞏 **Beprobungsstrategie** des BAG vom 27.01.2021 ist **nicht erfüllt**  🞏 **auf Verlangen Arbeitgeber** Firmenname/Adresse:  *(Kosten gehen vollumfänglich an Arbeitgeber)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  🞏 **auf Verlangen der untersuchten Person** Unterschrift Patient:  *(Kosten gehen vollumfänglich an Patienten)*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  | **Materialannahme**  Zentrum für Labormedizin  Frohbergstrasse 3, Haus 45  9001 St. Gallen  HOTLINE +41 (0)58 580 92 00 | **Material bestellbar unter:**  <https://zlmsg.ch/services/materialbestellung/arztpraxen-kliniken-ohne-kantonale-spitaeler/>  Mat.-Nr. C490 CE.A eSwab®  Mat.-Nr. 00300 Speichel-Entnahmeset  Mat.-Nr. 10317 Versandgefäss 60ml mit Saugeinlage  Mat.-Nr. 000098 Versandcouvert vorfrankiert | |