

Corona-Virus SARS-CoV-2

(aktualisierte Auflage vom 16.08.2021)

Labor	Patient	Auftraggeber
	<p>Patientenangaben bitte vollständig erfassen!</p> <p>Name, Vorname: _____</p> <p>Strasse: _____</p> <p>PLZ Ort: _____</p> <p>Land: _____</p> <p>Geburtsdatum: _____</p> <p>Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich</p> <p>Tel.-Nr. Patient: _____</p> <p>Krankenkasse: _____</p>	<p>Auftraggeber zwingend hier ▼ erfassen!</p>
	<p>Flugreise geplant: Reisepass-Nr.: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Befund in Englisch</p>	<p>Entnahmedatum:</p> <p>Entnahmezeit:</p> <p>Tel.-Nr. für Rückfragen:</p>
	<p>Befundkopie an Patienten <input type="checkbox"/> Briefpost <input type="checkbox"/> E-Mail: _____</p> <p>Patienten Unterschrift: (oder durch eine vom Patienten autorisierte Person, die seine Zustimmung hat, z.B. Arzt): _____</p>	<p>Material</p> <p>Abstrich mit eSwab Transportmedium</p> <p><input type="checkbox"/> Nasopharynxabstrich (empfohlen) oder</p> <p><input type="checkbox"/> Rachenabstrich</p> <p>in Schutzgefäss mit Saugelinage einsenden oder</p> <p><input type="checkbox"/> Speichel-Probe</p>
<p><input checked="" type="checkbox"/> SARS-CoV-2 (PCR)</p> <p>Gemäss BAG-Faktenblatt vom 28.01.2021 muss eine Indikation der Analyse bei ambulanten Patienten zwingend vermerkt werden!</p>		
<p><input type="checkbox"/> Hospitalisierter Patient (Fallpauschale)</p>		
<p><input type="checkbox"/> Ambulanter Patient oder im stationären Bereich in Alters- & Pflegeheimen sowie anderen sozialmedizinischen Institutionen</p>		
<p><input type="checkbox"/> Beprobungsstrategie des BAG vom 27.01.2021 ist erfüllt</p> <p>Rechnungsstellung an Krankenkasse. Die Leistungen gehen als Gesamtbetrag zulasten des Bundes.</p> <ul style="list-style-type: none"> Angabe der Krankenkasse zwingend erforderlich (bitte im Kopf des Formulars ausfüllen). 		
<p><input type="checkbox"/> Beprobungsstrategie des BAG vom 27.01.2021 ist nicht erfüllt</p> <p><input type="checkbox"/> auf Verlangen Arbeitgeber Firmenname/Adresse: (Kosten gehen vollumfänglich an Arbeitgeber) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> auf Verlangen der untersuchten Person Unterschrift Patient: (Kosten gehen vollumfänglich an Patienten) _____</p> <p>_____</p>		
<p>Materialannahme</p> <p>Zentrum für Labormedizin Frohbergstrasse 3, Haus 45 9001 St. Gallen</p> <p>HOTLINE +41 (0)58 580 92 00</p>		<p>Material bestellbar unter:</p> <p>https://zmsg.ch/services/materialbestellung/arztpraxen-kliniken-ohne-kantonale-spitaeler/</p> <p>Mat.-Nr. C490 CE.A eSwab®</p> <p>Mat.-Nr. 000301 Speichel-Entnahmeset</p> <p>Mat.-Nr. 10317 Versandgefäss 60ml mit Saugelinage</p> <p>Mat.-Nr. 198 Versandcouvert vorfrankiert</p>