

UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG

Molekularbiologische Infektionsdiagnostik
für Corona-Viren (SARS-CoV-2, COVID-19)



Einsendeadresse

PD Dr. A. Moter
Moter Diagnostics
Postadresse:
Charité-Universitätsmedizin Berlin, CBF
Hindenburgdamm 30
Gebäude 5011, R. U901
12203 Berlin

Servicetelefon und Befundabfrage

+49 (0) 30 450 524 524
service@moter-diagnostics.com

Patientendaten

Name, Vorname: _____

Geschlecht m w d

Untersuchung auf

SARS-CoV-2 (Erreger von COVID-19)

Verdachtsdiagnose

Ausschluss-Diagnostik

COVID-19

Kontaktperson

Verdachtsfall; Klinik: _____

Probenmaterial für die PCR-Diagnostik

Abstrichtupfer Rachen

Abstrichtupfer Nase

Sputum

Bronchoalveoläre Lavage

Trachealsekret

Rachenspülwasser

Abstrichtupfer Lokalität: _____

Sonstiges: _____

Einsender

Tel: _____ Fax: _____

Rechnungsadresse

an den Patient*in (Selbstzahler*in/Wahlleistung)

Geburtsdatum: ____|____|____

Patientenaufkleber

Entnahme: ____|____|____

08/2020

Datum

Name Einsender*in

Unterschrift

____|____|____ _____