SARS-CoV-2-Analytik für Grund- und Förderschulen in NRW

Untersuchungsformular PCR-Einzeltestung

Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft
MVZ · Dr. Eberhard & Partner Dortmund

Laboratoriumsmedizin Dortmund
Brauhausstr. 4
44137 Dortmund
www.labmed.de

Tel.: 0231 / 95 72-6299
Fax: 0231 / 57 98 34
info@labmed.de

WICHTIG: Dieses Dokument bitte zusammen mit der Probe in der Transporttüte über die Schule an das Labor senden!

Schein 4960563770

LABOR
68CC39-F520625B-BA64-4C09-8B3D-8F34AD428272
Bitte auf den Begleitschein kleben

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen!

Datum Probennahme: T T M M J J J J Uhrzeit: H H M M

Nachname des getesteten Kindes:

Vorname:

Geburtsdatum: T T M M J J J J Geschlecht m/w/d:

Straße, Hausnummer

PLZ Wohnort

Telefonnummer (der Eltern) des getesteten Kindes:

Wichtig! Bitte mit angeben!

Dieses Untersuchungsformular und das Probenröhrchen bitte in der Transporttüte an das Labor senden!