

Anmeldung COVID Test

Nr.

Titel, Nachname	Vorname
Geburtsdatum	Sozialversicherungsnummer
Mobiltelefonnummer	E-Mailadresse
Wohnadresse	
PLZ	Ort

Gewünschter Test: <input type="radio"/> PCR-Test mit schriftlichem Befund innerhalb 12 Stunden (150€ / 165€) <input type="radio"/> PCR-Test mit schriftlichem Befund innerhalb 36 Stunden (130€ / 145€) <input type="radio"/> Antigen-Schnelltest ohne schriftlichem Befund (45€ / 50€ / 0€) <input type="radio"/> Antigen-Schnelltest mit schriftlichem Befund (65€ / 72€) <input type="radio"/> Antikörper-Schnelltest ohne schriftlichem Befund (45€ / 50€) <input type="radio"/> Antikörper-Schnelltest mit schriftlichem Befund (65€ / 72€)	Schriftlichen Befund bitte: <input type="radio"/> per E-Mail <input type="radio"/> per Post <input type="radio"/> Abholung in der Ordination Dr. Gabriel
---	--

Preise sind in Euro inkl. aller gesetzlichen Abgaben. Die erste Preisangabe ist der Preis mit online-Anmeldung und -Bezahlung unter coronalabor.at. Die zweite Preisangabe ist ohne Voranmeldung. Nur bei Zuweisung vom Hausarzt und bei Vorliegen von COVID-Symptomen werden die Kosten für den Antigen-Test von der Krankenkasse übernommen, in diesem Fall wird kein schriftlicher Befund ausgestellt. Mit dem Antikörper-Schnelltest ist es nicht möglich eine Aussage über die Immunität zu treffen. Dieser gibt nur einen Hinweis darauf ob man jemals COVID-19 hatte oder nicht (auch bei einer Erkrankung ohne Symptomen).

Test wird benötigt wegen: <input type="checkbox"/> Auslandsreise bzw. Heimreise, nach: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Kuraufenthalt, in: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Kontakt mit Erkrankten, zuletzt am: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Test nach Erkrankung/Quarantäne <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/>	Ich habe Symptome, seit: <input type="text"/> Und zwar: <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Halsschmerzen <input type="checkbox"/> Fieber / Temperatur <input type="checkbox"/> Schnupfen <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Atemprobleme <input type="checkbox"/> Gliederschmerzen <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Geruchsverlust <input type="checkbox"/> Geschmacksverlust <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Bei Auslandsreise: <input type="text"/> Reisepassnummer	Ich wurde vom Hausarzt zugewiesen: <input type="checkbox"/> Ja, Dr. Gabriel Gallneukirchen <input type="checkbox"/> Ja, Dr. Schuster Engerwitzdorf <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Dr. <input type="text"/>
Zahlung: <input type="checkbox"/> Bar <input type="checkbox"/> Bankomat <input type="checkbox"/> Rechnung an Privatadresse <input type="checkbox"/> bereits online bezahlt <input type="checkbox"/> Rechnung an Firma: <input type="text"/>	

Wir können keine Haftung für die zeitgerechte Fertigstellung der Tests oder etwaige Folgen einer Verzögerung übernehmen. Im Falle eines positiven Befundes wird automatisch eine Meldung in das elektronische Meldesystem vorgenommen. Dazu sind ihre korrekten Daten erforderlich. Achten Sie bitte auf die korrekte Angabe Ihrer E-Mail-Adresse und darauf, dass die Befunde auch in Ihrem Spam landen könnten.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der obigen Angaben und ich stimme der Übertragung meiner Daten über E-Mail zu.

Datum: _____ Unterschrift: _____