

<p>Familienname: _____</p> <p>Vorname: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>Geb.-Datum (TTMMJJ): ____ / ____ / ____    Geschlecht: <input type="checkbox"/> m   <input type="checkbox"/> w</p> <p>Krankenkasse: _____ SV-Nr.: _____</p> <p><input type="checkbox"/> stationär   <input type="checkbox"/> ambulant   <input type="checkbox"/> privat   <input type="checkbox"/> Grav./SSW: ____</p> <p><input type="checkbox"/> immunsupprimiert</p>	<p>Einsender mit Telefonnummer/Fax:</p>
---	---

<p>Abnahmedatum (TTMMJJ): ____/____/____/</p> <p><b>Probenmaterial:</b>    <input type="checkbox"/> Rachenabstrich *                      <input type="checkbox"/> Bronchialsekret</p> <p>                                 <input type="checkbox"/> Trachealsekret                                      <input type="checkbox"/> BAL</p> <p>* Bitte auf gründliches Spülen vor dem Abstrich achten, <u>nur Abstrichtupfer in Flüssigmedium verwenden</u> (z.B. ESwab™), ggf. alternative Abstrichtupfer für den Notfall <a href="https://hygiene.medunigraz.at/fileadmin/institute-oes/hygiene/pdf/einsendeformulare/Information_zu_Abstrichsystemen.pdf">https://hygiene.medunigraz.at/fileadmin/institute-oes/hygiene/pdf/einsendeformulare/Information_zu_Abstrichsystemen.pdf</a></p>	<p>Uhrzeit (HHMM): ____/____</p>
---	----------------------------------

## Anforderung auf SARS-CoV-2-Testung

Bitte zutreffendes ankreuzen:

- PatientIn ist hospitalisiert mit akuter febriler Atemwegsinfektion UND wurde mit dem molekularen INFLUENZA/RSV-Test negativ getestet
- PatientIn hat anhaltenden Husten, Fieber und Kurzatmigkeit ohne plausible Erklärung oder Ursache für das Erscheinungsbild UND hat sich in den 14 Tagen vor Auftreten der Symptome in einer Region, in der von anhaltender Übertragung von SARS-CoV-2 ausgegangen werden muss, aufgehalten.
- PatientIn hat Symptome jeder Art eines akuten respiratorischen Infektes und hatte in den 14 Tagen vor Auftreten der Symptome Kontakt (der Kategorie I oder II; siehe Dokument Vorgangsweise\_SARS-CoV-2\_Kontaktmanagement [https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:9287fd7e-a9c8-4046-9d73-3a9797d94e25/Beh%C3%B6rdliche%20Vorgangsweise%20bei%20SARS\\_05.03.2020\\_final.pdf](https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:9287fd7e-a9c8-4046-9d73-3a9797d94e25/Beh%C3%B6rdliche%20Vorgangsweise%20bei%20SARS_05.03.2020_final.pdf)) mit einem bestätigten Fall.
- Medizinisches Personal mit Verdacht auf SARS-CoV-2 Infektion - COVID Teststation

Es ist zwingend notwendig, dass obige strenge Indikation zur Testung eingehalten wird und mindestens eine der drei o.g. Situationen zutrifft.

**Ich versichere hiermit die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.**

<p><b>Name der/des anfordernden Ärztin/Arztes in Druckbuchstaben</b></p> <p>_____</p>	<p><b>Unterschrift Ärztin/Arzt</b></p> <p>_____</p>
<p><b>Datum (TTMMJJ): ____/____/____/</b></p>	