



Auftragsformular Hochpathogene Viren

Auftraggeber

Patientenangaben/Etikette

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Geschlecht m / w / d
Adresse _____
Wohnort _____
AHV-Nr. _____

Rechnungsangaben

- ☐ Rechnung an Auftraggeber
☐ Krankenkasse: _____
☐ Patient

Material

Entnahmedatum ____ . ____ . 20 ____
Entnahmezeit ____ : ____ Uhr

- ☐ EDTA-Vollblut (10 ml)
☐ _____

Für internen Gebrauch

Analysenauftrag

Virale Hämorrhagische Fieber

- ☐ Ebola-PCR *

Malaria

- ☐ Malaria-Schnelltest

* Proben von bestätigt positiven Personen oder Proben von (symptomatischen) Personen mit hoher Wahrscheinlichkeit des Vorhandenseins des Erregers erfordern einen **Kategorie A Transport (UN 2814)**.