



**LABORARZTPRAXIS**  
**PD Dr. med. M. Susa, Univ. Rijeka**  
Einsteinstraße 59  
89077 Ulm

Telefon 0731 880322-0  
Telefax 0731 880322-110

**Laboranforderung COVID-19 im Labor Susa**

Einsender:

SXC GmbH  
Frohsinnstr. 8

63739 Aschaffenburg

Tel: 06021/580160

E-Mail: info@ab-testzentrum.com

Barcode hier aufkleben!

**Patient:**

**Name:**  
**(Familienname)** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geschlecht:**  m  w  divers

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Handynummer:** \_\_\_\_\_

**E-Mailadresse:**  
**(Druckschrift)** \_\_\_\_\_

**Befund auf Englisch:**  ja (Befund wird standardmäßig auf Deutsch ausgestellt)

**Passnummer auf Pass:**  ja Passnummer: \_\_\_\_\_

**Material:**

Abstrich

**Anforderung:**

SARS-CoV-2-RNA PCR

**Entnahmedatum**

: \_\_\_\_\_, 2023