

Bitte freilassen!  
 ggf. Auftragsnummer des Labors

Anmeldung für das Abstrichzentrum: Greifswald (IMD-Labor)

Um eine schnelle Abarbeitung und Erfassung der Aufträge zu gewährleisten, ist eine vorherige Anmeldung der Patienten nötig. Bitte teilen Sie uns die erforderlichen Daten wenn möglich per Fax (03834/8193-39) oder telefonisch (03834/8193-0) mit.

**Grund der Testung (bitte auswählen!)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> symptomatisch | <input type="checkbox"/> Kontaktperson                                   |
|  | <input type="checkbox"/> Ausbruchsgeschehen                              |
|  | <input type="checkbox"/> Verhütung der Verbreitung                       |
|  | <input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalt                              |
|  | <input type="checkbox"/> Meldung „erhöhtes Risiko“ durch Corona-Warn-App |

**Anmeldung durch Hausarzt oder Hausärztin (bitte lesbar ausfüllen oder Stempel)**

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
 Anschrift \_\_\_\_\_  
 LANR \_\_\_\_\_  
 BSNR \_\_\_\_\_  
 Telefon-/Fax-Nr. \_\_\_\_\_

**Anmeldung durch Gesundheitsamt (bitte lesbar ausfüllen oder Stempel)**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Angaben Patient/-in**

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Krankenkasse \_\_\_\_\_ Kostenträgerkennung \_\_\_\_\_  
 Anschrift \_\_\_\_\_  
 Telefonnummer \_\_\_\_\_

**Bitte bringen Sie Ihre Krankenkassenkarte mit!**