



Deutsches Chroniker Labor GmbH
Ziegeleistraße 3
06485 Quedlinburg/OT Gernrode

Einsender:

Fax:

Ich beauftrage das Deutsches Chroniker Labor zur Durchführung der nachfolgend, durch Markierung bezeichneten Laboruntersuchungen. Die Laboruntersuchungen werden in Anlehnung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ, Fkt. **1,15**) berechnet. Die Kosten sind für jede Analyse angegeben. Über die Kosten des Laborauftrages bin ich informiert worden. Der Auftrag ist nicht gebunden an eine Kostenerstattung durch Krankenkassen. Die Kosten werden mit der Befundmitteilung und Rechnungsübergabe fällig. Eine Kopie dieses Patientenvertrages habe ich erhalten. Ich willige ein, dass meine Daten zum Zwecke der Abrechnung an eine Verrechnungsstelle weitergeleitet werden. Mit meiner Unterschrift erteile ich den Auftrag.

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Datum der Blutprobe: _____ DCL Labor-Nr. des Vorbefundes: _____

Anforderungsschein

| | | | | |
|---|---|-----|----------|---------|
| O | SARS-CoV-2* Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus 2 | IgG | LineBlot | 53,62 € |
|---|---|-----|----------|---------|

Nachweis von SARS-CoV-2 spezifischen IgG-Antikörpern nach natürlich erworbener Infektion und nach Impfung.

*Nachweis von Antikörpern gegen:

1. NP (Nukleokapsid-Protein) von SARS-CoV-2 (nach einer Infektion nachweisbar)
2. Domänen des Spike-Proteine (nach einer Infektion oder einer Impfung nachweisbar):
 - a. S1 (inkl. **RezeptorBindungsDomäne** = neutralisierende Antikörper)
 - b. S2 (Antikörper gegen Fusionsproteine)

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____