

Name, Vorname des Patienten		geb. am
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl	Ort	
Telefonnummer für Rückfragen		
Probenahme am	Uhrzeit	
Befund / Rechnung nur per Mail an:		

Bitte deutlich und vollständig ausfüllen!

Provinostr. 52 / Gebäude B14
86153 Augsburg
Telefon +49(0)821/455 799-0
Telefax +49(0)821/455 799-22
E-Mail info@sension.eu
www.sension.eu



Sension
Biologische Detektions- und
Schnelltestsysteme

Untersuchungsauftrag

Therapeut
Befund nur per E-Mail an
Befund nur per Fax an

Bitte deutlich und vollständig ausfüllen!

Abweichende Rechnungsanschrift

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Ort

Serologische Untersuchung

Untersuchung	Preis
<input type="checkbox"/> Coronavirus SARS-CoV-2-NCP IgG Antikörper	Trockenblut 29,88 €
<input type="checkbox"/> Coronavirus SARS-CoV-2-Vaccine IgG Antikörper (Bestimmung des Impftiters)	Trockenblut 47,99 €
<input type="checkbox"/> bislang keine Corona-Impfung <input type="checkbox"/> durchgemachte Coronainfektion <input type="checkbox"/> bislang eine Impfung am _____ mit _____ <input type="checkbox"/> bislang zwei Impfungen, zuletzt am _____ mit _____	
<input type="checkbox"/> 25-OH-Vitamin D	Trockenblut 27,55 €
<input type="checkbox"/> Anti-Masern-Viren IgG Antikörper / Nur in Zusammenarbeit mit einem Arzt	Trockenblut 18,50 €
<input type="checkbox"/> bislang keine Masern-Impfung <input type="checkbox"/> durchgemachte Maserninfektion <input type="checkbox"/> bislang eine Impfung am _____ mit <input type="checkbox"/> Einfach-Impfstoff <input type="checkbox"/> Dreifach-Impfstoff <input type="checkbox"/> bislang zwei Impfungen, zuletzt am _____	

* Preise incl. 19 % MwSt.

Stand: 01.05.2021

Patientenerklärung: Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zu der veranlassten Untersuchung. Mir ist bekannt, dass durch die Inanspruchnahme der aufgeführten Leistungen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen kein Erstattungsanspruch besteht. Die Kosten dieser Leistung trage ich selbst. Das Untersuchungsergebnis wird dem behandelnden Arzt zugestellt. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass das eingesendete Blut vom angegebenen Patienten stammt.

Datum: _____ Unterschrift: _____

bei Kindern des Erziehungsberechtigten
(bitte zusätzlich den Namen in Blockschrift)

Wird vom Labor ausgefüllt

Posteingang	Labor-Auftragsnr.	Ratio Corona IgG	Ratio Masern IgG	Vitamin D
-------------	-------------------	------------------	------------------	-----------