



Selbstverordner HIV

Bitte vollständig in Blockschrift ausfüllen!

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: | | | | |

Bei Kind, Name der erzie-
hungsberechtigten Person: _____

Patienten-Etikett

Str.: _____ ☐ männlich

PLZ: _____ Wohnort: _____ ☐ weiblich

Entnahmedatum: | | | | |

Zeit: | | | | |

Rechnung: ☒ zwingend Patient

☐ Dringend ☐ Vertraulich
☐ Tel. / iPhone ☐ E-Mail: _____

Befund-Kopie:

☐ Arzt / andere
(Name, Vorname, Ort): _____

☐ Kopie an den Patienten
(POCT und externes Labor)
vorrangig auf elektronischem Weg



☐ SS ja

Woche

+

Tage

HIV

☒ S ☐ HIV 1+2 Screening (4. Generation)

Für HIV-Screening ist die Angabe eines Arztes / einer Ärztin notwendig. Das Resultat wird diesem Arzt / dieser Ärztin geschickt. Keine Nachverordnung möglich. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Analysen-Resultate ohne Interpretation abgegeben werden.

Signatur / Datum: _____

☒ S ☐ Serum

