

**Institut für Virologie**

**Institut für Virologie**

**Anforderungsschein SARS-CoV-2 Sequenzierung**

<b>Patient (bitte Aufkleber verwenden)</b> <b>Name:</b> <b>Vorname:</b> <b>Geburtsdatum:</b>	<b>Einsender</b> <b>(bitte Aufkleber oder Stempel verwenden)</b>
---	---

**Direktor**

Univ.-Prof. Dr. Jörg Timm  
Telefon: (0211) 81-12225  
Joerg.Timm@med.uni-  
duesseldorf.de

**Virologische Diagnostik:**

Tel.: (0211) 81-11500

**Hausanschrift:**

Institut für Virologie  
Universitätsklinikum Düsseldorf  
Gebäude 22.21, Ebene 2  
Universitätsstr. 1  
40225 Düsseldorf

**Webseite des Instituts:**

www.uniklinik-  
duesseldorf.de/virologie



**Patient**

PLZ Wohnort: \_\_\_\_\_

Zuständiges Gesundheitsamt: \_\_\_\_\_

IfSG-Meldung ist bereits erfolgt

Kostenträger:  Kasse  Privat  BG  Studie

**Untersuchungsmaterial**

Abstrich  Extrahierte Nukleinsäure  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Entnahmedatum: \_\_\_\_\_

**Anforderung**

Virusnachweis

SARS-CoV-2 RNA Nachweis (PCR)

SARS-CoV-2 Sequenzierung

Spezielle Diagnostik (bitte Begleitschreiben beifügen)

Verdacht auf Ausbruchsgeschehen

Verdacht auf Therapieversagen/ Infektion nach Impfung/ Re-Infektion

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Anfordernde(r) Ärztin/Arzt

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_