

| Kunde | | Rechnungsversand | |
|---|--|-------------------------------------|--|
| Kontaktperson: | | Kontaktperson: | |
| Institut / Firma: | | Abteilung: | |
| Abteilung: | | Rechnungsanschrift: | |
| Adresse für Bericht: | | PLZ / Stadt: | |
| PLZ / Stadt: | | Land: | |
| Land: | | E-Mail-Adresse: | |
| E-Mail-Adresse: | | Telefon: | |
| Telefon: | | Ust-Nr. | |
| Fax: | | Ihre Auftragsnummer: | |
| Weitere Kontaktperson: E-Mail-Adresse: | | Ihre Kundennummer (falls bekannt) | |
| | | Ihre Bestellnummer (falls benötigt) | |

Bitte beachten Sie: Wir testen keine klinischen Proben - der Service wird im Rahmen von präventiven, nicht gerichteten Corona-Screening-Programmen durchgeführt. Bitte kontaktieren Sie uns für weitere Informationen. **Proben werden nur mit beigelegtem Bestellformular zur Analyse zugelassen.**

Probenvorbereitung: Bitte beachten Sie, dass bei Abstrichen zum Virusnachweis geeignete Tupfer verwendet werden (trockene synthetische Abstrichtupfer mit Kunststoff- oder Drahtschäften ohne Transportmedium, Basierend auf WHO Empfehlung). Befolgen Sie die RKI- und / oder WHO-Richtlinien für die Probenvorbereitung (www.rki.de/covid-19-diagnostik). Alternativ ist auch die Verwendung einer Gurgellösung möglich, entsprechende Gefäße mit Gurgellösung und Anleitung erhalten Sie auch bei uns (Bestellnummern Einzelbecher (46-1009 GB1) oder 5er Set (46-1009 GB2)).

Transport: Alle Proben sollten so bald wie möglich nach der Entnahme dem Labor zugestellt werden. Wenn dies innerhalb von 72 Stunden erfolgt kann die Probe bei 4 - 8 ° C gelagert und gekühlt (nicht gefroren) versendet werden. Die Nutzung von über Nacht oder Expressdiensten wird empfohlen. Bitte achten Sie auf eine eindeutige Beschriftung der Proben und fügen Sie Ihren Proben eine ausgefüllte Kopie dieses Formblatts bei. Verpacken Sie Ihre Proben vor Versand in einer Sekundärverpackung (z.B. Ziplock-Beutel) und schützen Sie sie vor Transportschäden durch eine gepolsterte Verpackung oder eine Styroportransportbox.

Bitte senden Sie mir meine Ergebnisse wie folgt: E-Mail¹ Post Fax

¹Bitte klären Sie mit Ihrem Datenschutzbeauftragten ob ein Ergebnisversand per E-Mail zulässig ist. Eine Verschlüsselung ist möglich sollte aber im Vorfeld geklärt werden, ggf. sollten die Probandennamen kodiert werden.

| Ich stimme den AGBs zu | | Von Minerva Analytix auszufüllen | |
|-----------------------------|----------------|----------------------------------|----------------|
| Name: | | Registrierungsnummer: | |
| Unterschrift ² : | | Registrierungszeit: | |
| Datum: | __ / __ / ____ | Registrierungsdatum: | __ / __ / ____ |

²Mit der Unterschrift bestätige ich, dass die genannten Personen berechtigt sind die Ergebnisse entgegenzunehmen.

| Nº | Probenbezeichnung | Validierungsnr. <input type="checkbox"/> N/A N/A falls nicht Validiert <input type="checkbox"/> NaCl NaCl = Transfer in NaCl | Datum Probenentnahme Proben: <input type="checkbox"/> Abstrich <input type="checkbox"/> Lavage <input type="checkbox"/> Sputum | SARS-CoV-2 (Direct) | Interner Vermerk |
|--|-------------------|--|---|--------------------------|--------------------------------|
| | | | | 41-1009 | Wird von Minerva ausgefüllt |
| 1 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bitte führen Sie ein Pool Screening durch (5er Pools) 46-1009p5 | | | | <input type="checkbox"/> | |

Bitte senden Sie Ihre Proben an die folgende Adresse:

Minerva Analytik GmbHLadestraße 6
D-15834 Rangsdorf

© 2020 Minerva Analytik GmbH / F4.10-03.v2DE

info@minerva-analytik.com

www.minerva-analytik.com