



PatientIn Nachname Vorname <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Vers.-Nr: Geb.-Datum Mitversichert bei Nachname Vorname <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Vers.-Nr: Geb.-Datum Wohnadresse Straße PLZ Ort Beschäftigt bei	Eingelangt am: Serum ID #
	Einsender Datum / Unterschrift
	Verdachtsdiagnose (bitte immer angeben!) Coronavirus-Infektionserkrankung 2019 (CoVID-19)

SARS-CoV2 – assoziierte Labortests

Allgemeiner humoraler Immunstatus	SARS-CoV2 – spezifische Tests	Tests der Entzündungsaktivität
<input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> IgA <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgG1 <input type="checkbox"/> IgG2 <input type="checkbox"/> IgG3 <input type="checkbox"/> IgG4 <p style="text-align: center;">Rücksprache mit Ärztin / Arzt oder vor Ort</p>	<input type="checkbox"/> RNA von SARS-CoV2 (Coronavirus) <input type="checkbox"/> Immunglobulin Antwort gegen SARS-CoV2 <p style="text-align: center;">!</p>	<input type="checkbox"/> C-reaktives Protein (hoch-sensitiv) <input type="checkbox"/> Zirkulierende Immunkomplexe <input type="checkbox"/> Tumor Nekrose Faktor alpha <input type="checkbox"/> Interleukin-1 <input type="checkbox"/> Interleukin-6 <input type="checkbox"/> Interleukin-8 <input type="checkbox"/> Neopterin <p style="text-align: center;">Rücksprache mit Ärztin / Arzt oder vor Ort</p>