novum Zentrum für Reproduktionsmedizin

Überörtliche Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Susanne Wohlers
Prof. Dr. med. Peter Bielfeld
Najib N. R. Nassar
Dr. med. Nora Holtmann
Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, gyn. Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

Hauptbetriebsstätte:
Akazienallee 8-12, **45127 Essen**
Fon: 0201. 29 4 29-0 Fax: 0201. 29 4 29-14
Nebenbetriebsstätte:
Friedrich-Wilhelm-Straße 71, **47051 Duisburg**
Fon: 0203. 71 39 58-0 Fax: 0203 / 71 39 58-15
info@ivfzentrum.de
www.ivfzentrum.de

Patientin: _____ _____ Geb. Dat.: _____
Vorname Name

Partner/in: _____ _____ Geb. Dat.: _____
Vorname Name

Erklärung zum Impfstatus SARS-CoV-2 (Covid-19)

Wir weisen darauf hin, dass ein vollständiger Impfschutz vor Anstreben einer Schwangerschaft empfohlen wird.

Patientin: Ich bin bereits vollständig geimpft
(Impfnachweis überprüft und dokumentiert am: _____ Kürzel:_____)

Partner/in: Ich bin bereits vollständig geimpft.
(Impfnachweis überprüft und dokumentiert am: _____ Kürzel:_____)

Patienteninformation zum SARS-CoV-2 PCR-Test / Rapid-Antigen-Test

Ablauf: Abstrich-Untersuchung von Nase und Rachen

Beim Rapid-Antigen-Test erfolgt die Auswertung bei novum. Das Ergebnis liegt nach 15 bis 30 Minuten vor. Auffällige Tests müssen dem Gesundheitsamt gemeldet und mittels PCR-Test bestätigt werden. Die Kinderwunschbehandlung muss nötigenfalls abgebrochen werden.

Beim PCR-Test werden die Abstrich-Röhrchen per Kurier zu einem externen Labor transportiert. Von dort werden Sie über das Ergebnis benachrichtigt (in der Regel innerhalb von 36 Stunden nach Eingang der Probe).

Hinweis: Alternativ dürfen Sie einen externen Befund mitbringen, wenn der Abstrich durch qualifiziertes Fachpersonal durchgeführt wurde. Der PCR-Test darf nicht älter als 48 Stunden sein, der Antigen-Test muss tagesaktuell sein.

Kosten: Falls keine Krankheitssymptome vorliegen, werden die Kosten der Untersuchung nicht von den Kostenträgern übernommen. In diesem Fall müssen Sie die Kosten selbst tragen:

Nasen- oder Rachenabstrich für SARS-CoV-2 Test (GOÄ: Ziffern 1, 5, A298 alle Faktor 1.5)	**17,48 €**
SARS-CoV-2 Rapid Antigen Test (GOÄ: Ziffern 4648 Faktor 1.15)	**16,76 €**
	34,24 €

Bitte zutreffendes ankreuzen:

☐ Ich habe ein oder mehrere der folgenden Symptome:

☐	Fieber	☐	Gliederschmerzen	☐	Hautausschlag
☐	Trockener Husten	☐	Halsschmerzen	☐	Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinn
☐	Schwere Müdigkeit / Erschöpfung	☐	Kopfschmerzen	☐	Verfärbungen an Fingern oder Zehen

☐ Ich (wir) habe(en) **keine** Symptome.
(P.S.: Erste Symptome treten durchschnittlich 5-6, manchmal erst 14 Tage nach Infektion auf).

☐ Ich (wir) bin (sind) mit der Durchführung eines Abstrichs einverstanden.

_____ _____
Ort / Datum Ort / Datum

_____ _____ _____
Unterschrift Ärztin / Arzt Unterschrift Patientin Unterschrift Partner/in