

FORMULAIRE DE DEMANDE DU SEROLOGIE COVID-19

Tel +352 780 290-1
Fax +352 788 894
contact@labo.lu

LABORATOIRES RÉUNIS

PATIENT

Nom	
Prénom	
Matricule	
Né(e) le	Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
Adresse	
Code postal	Ville
Pays	
Numéro GSM	
E-mail	

Cher patient,

L'identification univoque du patient est indispensable pour la détermination de la sérologie Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19).

Ce formulaire de demande devra être imprimé, rempli et signé par vos soins avant de le remettre à notre laboratoire le jour du test. Par la présente, vous attestez l'intégralité et l'exactitude des données fournies.

Après infection, vaccination ou contact potentiel

Ig totaux

35,00 EUR

COV IGSR

Le patient a été informé que l'analyse de la sérologie (COVID-19) ne sera pas remboursée par la CNS et que l'analyse lui sera facturée au tarif indiqué en marge de l'analyse sélectionnée.

Date et lieu

Signature du patient



Laboratoires Réunis
38, rue Hiehl · Z.A.C. Laangwiss · L-6131 Junglinster

www.labo.lu