

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Betr.stätten.Nr.		Arzt-Nr.		Datum		

Pathologie - Molekularpathologie - Zytologie
Institut am DONAUISAR Klinikum Deggendorf
 Akad. Lehrkrankenhaus d. Med. Hochschule Hannover
 Gemeinschaftspraxis
 Dr. med. M. Gregor - Dr. med. B. Mohren
 Dr. en Medicina/UC F. Cruz Cordero - Dr. med. F. Eder
 Fachärzte für Pathologie
 94452 Deggendorf, Postfach 1230
 Telefon 0991/30041 u. 0991/37089-0
 Telefax 0991/31874
 e-mail: info@pathologie-deggendorf.de



KO-Testung:

Untersuchungs-Nr.	
-------------------	--

Untersuchungsauftrag

Dünnschicht	zytologische Untersuchung	Humane Papilloma Viren
Monolayer Zytologie	konventioneller Pap-Abstrich	HPV high risk
(ThinPrep Pap Test)	(IGeL-Leistung)	Real-Time-PCR (Abstrich) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	In-situ-Hybridisierung (Biopsie) <input type="checkbox"/>
(bitte ankreuzen)	(bitte ankreuzen)	(bitte ankreuzen)

Kosten:

<input type="checkbox"/> kassenversichert	<input type="checkbox"/> PKV (privat)
<input type="checkbox"/> IGeL-Leistung / Selbstzahler	<input type="checkbox"/> Rechnung an Praxis
<input type="checkbox"/> HPV-Test: 35,00 €	
<input type="checkbox"/> Thin-prep-Test: 25,00 €	
<input type="checkbox"/> HPV-Test + ThinPrep-Test: 60,00 €	
<input type="checkbox"/> Pap-Abstrich konventionell: 15,45 €	

Unterschrift Patientin

Vorbefund/Anamnese: _____	Datum: _____
Medikation: _____	
Antikonzeption: _____	Datum: _____

Datum: _____

Einsender (Stempel):