



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Abnahmedatum	Abnahmezeit
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig
Barcode-Etikett einkleben!

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zyto-Nr.:

Art des Materials:

letzte zytologische Untersuchung:

auswärts bei uns

Zyto-Nr.:

Pap-Gruppe:

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Befundübermittlung eilt, Nachrichtlich an Telefon Nr. _____ Fax Nr. _____

Klinische Diagnose:

Dünnschicht-Zytologie

Dünnschicht-Zytologie (Thin Prep) Kosten: 25,00 €

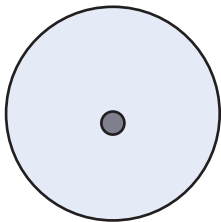
Klinische Angaben:

Letzte Regel |_|_|_|_|_|_|_|_| Geburtenzahl |_|_|

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zyklus unregelmäßig | <input type="checkbox"/> IUP |
| <input type="checkbox"/> Menopause | <input type="checkbox"/> Östrogenzufuhr |
| <input type="checkbox"/> Uterusexstirpation | <input type="checkbox"/> z.Z. gravide |
| <input type="checkbox"/> Amenorrhoe | <input type="checkbox"/> Strahlentherapie/
Chemotherapie |
| <input type="checkbox"/> Ovulationshemmer | <input type="checkbox"/> HPV-Impfung |

Kolposkopischer Befund:

O E T P M L Ca



- nicht suspekt
- Entzündung
- Polyp
- suspekter Bezirk
- Blut bei Berührung
- Blutung aus CK

Punktions-Zytologie

IGeL-Preis

Allgemeine Zytologie

23,26 €*

Entnahmeort

- | | |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Mamma | <input type="checkbox"/> Urin |
| <input type="checkbox"/> Vulva | <input type="checkbox"/> Anal |
| <input type="checkbox"/> IUD | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |

* Grundpreis. Der Endpreis berechnet sich nach Anzahl der Materialeinsendungen.

<input type="checkbox"/> Zervix-Zyto (Pap-Abstrich)	10,00 €
<input type="checkbox"/> DNA-Zytometrie	96,72 €
<input type="checkbox"/> L1-Capsid-Immunzytologie	51,93 €
<input type="checkbox"/> P16/Ki67-Färbung	100,00 €
<input type="checkbox"/> Humanes Papillom Virus (HPV) - PCR	48,00 €
<input type="checkbox"/> Chlamydia trachom. PCR	42,00 €
<input type="checkbox"/> Neisseria gonorr. PCR	42,00 €
<input type="checkbox"/> Profil Chlam.trach./N.gono. PCR	60,00 €
<input type="checkbox"/> UroVysion Test (4 Sonden)	250,00 €

Patienteninformation:

Ich wurde durch meine behandelnde Ärztin / meinen behandelnden Arzt über die medizinische Notwendigkeit der Durchführung o.g. Untersuchung informiert und erkläre mein Einverständnis hierzu. Mir ist bekannt, dass die erbrachte Leistung nach der derzeit gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet wird, und ich der Rechnungsempfänger bin. Ich bestätige dies durch meine Unterschrift.



0059093400

Datum

Unterschrift Patient