



Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status

Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum

Begleitformular Zytologie IGeL-Auftrag

**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

Abnahmedatum      Abnahmezeit

Befundübermittlung eilt, Nachrichtlich an      Telefon Nr. \_\_\_\_\_      Fax Nr. \_\_\_\_\_

Klinische Diagnose:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dünnschicht-Zytologie

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

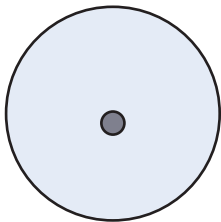
Klinische Angaben:

Letzte Regel                Geburtenzahl

- Zyklus unregelmäßig       IUP
- Menopause       Östrogenzufuhr
- Uterusexstirpation       z.Z. gravide
- Amenorrhoe       Strahlentherapie/ Chemotherapie
- Ovulationshemmer       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      23,25 €\*     

Entnahmeort

- Mamma       Urin
- Vulva       Anal
- IUD       Sonstiges: .....

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

<input type="checkbox"/> Zervix-Zyto (Pap-Abstrich)	15,00 €
<input type="checkbox"/> L1-Capsid-Immunzytologie	51,93 €
<input type="checkbox"/> P16/Ki67-Färbung	98,84 €
<input type="checkbox"/> Humanes Papillom Virus (HPV) - PCR	48,00 €
<input type="checkbox"/> Chlamydia trachom. PCR	48,00 €
<input type="checkbox"/> Neisseria gonorr. PCR	48,00 €
<input type="checkbox"/> Profil Chlam.trach./N.gono. PCR	96,00 €
<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.



Datum

Unterschrift Patient