Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Abnahmedatum

Abnahmezeit

Zentrum für
Zytologie & Histopathologie

Strümpellstraße 42 | 04289 Leipzig
Tel.: 0341 6565-600 | E-Mail: pathologie@labor-leipzig.de

Privat

Zytologie Privat-Auftrag

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Zyto-Nr.:

Art des Materials:

letzte zytologische Untersuchung:

☐ auswärts ☐ bei uns

☐ **Befundübermittlung eilt**, nachrichtlich an Telefon Nr. _____ Fax Nr. _____

Klinische Diagnose:

Zyto-Nr.: | Pap-Gruppe:

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Dünnschicht-Zytologie

☐ Dünnschicht-Zytologie (Thin Prep) Kosten: 65,37 €

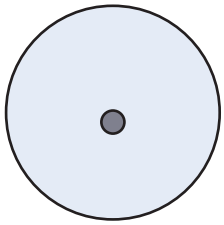
Klinische Angaben:

Letzte Regel Geburtenzahl

☐ Zyklus unregelmäßig
☐ Menopause
☐ Uterusexstirpation
☐ Amenorrhoe
☐ Ovulationshemmer
☐ IUP
☐ Östrogenzufuhr
☐ z.Z. gravide
☐ Strahlentherapie/ Chemotherapie
☐ 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	**Preis**
☐ Allgemeine Zytologie	23,26 €*

Entnahmeort

☐ Mamma ☐ Vulva ☐ IUD
☐ Urin ☐ Sonstiges: .....

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

☐ Anal-Zytologie	65,37 €
☐ Zervix-Zyto (Pap-Abstrich)	18,64 €
☐ DNA-Zytometrie	96,72 €
☐ L1-Capsid-Immunzytologie	51,93 €
☐ P16/Ki67-Färbung	100,06 €
☐ Humanes Papillom Virus (HPV) - PCR	154,18 €
☐ Chlamydia trachom. PCR	113,95 €
☐ Neisseria gonorr. PCR	113,95 €
☐ Profil Chlam.trach./N.gono. PCR	227,90 €
☐ 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.

0059093500

Datum Unterschrift Patient

www.labor-leipzig.de, LAS-49, Privatauftrag Zytologie, A4, Stand 12/2019