



Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status

Betriebsstätten-Nr.    Arzt-Nr.    Datum

Zytologie Privat-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: 65,36 €

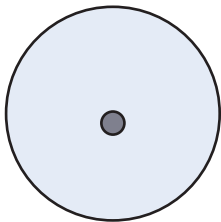
Klinische Angaben:

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

Preis

Allgemeine Zytologie    23,25 €\*

Entnahmeort

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

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

- Anal-Zytologie    65,36 €
- Zervix-Zyto (Pap-Abstrich)    18,64 €
- L1-Capsid-Immunzytologie    51,93 €
- P16/Ki67-Färbung    98,84 €
- Humanes Papillom Virus (HPV) - PCR    154,18 €\*\*
- Chlamydia trachom. PCR    113,95 €\*\*
- Neisseria gonorr. PCR    113,95 €\*\*
- Profil Chlam.trach./N.gono. PCR    134,07 €\*\*
- UroVysion Test (4 Sonden)    250,00 €

\*\* zzgl. dem Ersatz von Auslagen gemäß § 10 Abs. 1 GOÄ (aktuell: 2,60 Euro)

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.



0059093501

Datum

Unterschrift Patient