

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

Auftrag zur HPV-Diagnostik

an die Gemeinschaftspraxis
 Dr. med. Thiel/
 Prof. Dr. med. Gerharz
 Fachärzte für Pathologie
 Postfach 100502

Barcodefeld (bitte nicht beschriften)
--

47005 Duisburg

Cytologie-Labor: 02 03/60 08-16 21
 Abrechnungsfragen: 02 03/60 08-16 31

Ambulant:	<input type="checkbox"/>
KV	<input type="checkbox"/>
privat	<input type="checkbox"/>
Beihilfe	<input type="checkbox"/>
Post B	<input type="checkbox"/>
KVB	<input type="checkbox"/>

Datum:

Stempel und Unterschrift des Einsenders

Bei gesetzlich versicherten Patienten bitte immer separaten Überweisungsschein beifügen!

Wichtiger Hinweis:

Zur HPV-Analyse, Zellmaterial bitte nur im Flüssigmedium zusenden.

HPV-Analyse

HPV – Low Risk
 Sondenfamilie: 6, 11

HPV – High Risk
 Sondenfamilie: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 und 60

Nur vom Labor auszufüllen:

	<u>Negativ</u>	<u>Positiv</u>
LR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Letzter zytol. Befund:

--