

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

# LABOR ENDERS

Prof. Gisela Enders & Kollegen MVZ

Rosenbergstraße 85 70193 Stuttgart Telefon 0711/6357-0 FAX 0711/6357-202

## Untersuchungsauftrag zur Durchführung von HPV-Tests

### Kostenträger:

- Kassenpatient nur mit Indikation (bitte Ü-Schein beifügen)
- Privatpatient\*
- Selbstzahler oder selbstzahlender Kassenpatient (IGeL)\*
- (\* **bitte vollständige Adresse des Patienten angeben**)

Praxisstempel

### Gewünschter HPV-Test (bitte Kästchen ankreuzen):

	IGeL	Privat	EBM
<input type="checkbox"/> <b>RNA-Test</b> (E6/E7/Aptima), nur Kategorie High-Risk HPV	€ 29,14	€ 53,62	ja
<input type="checkbox"/> <b>DNA-Test</b> (PCR), nur Kategorie High-Risk HPV (mit Typisierung)	€ 17,49	€ 33,51	ja
<input type="checkbox"/> <b>Sondertest</b> (PCR) zur Einzeltyp-Bestimmung für Low & High-Risk	€ 52,46	€ 80,44	nein

### Klinisch/diagnostische Angaben:

Erkrankungsbeginn:

Datum/Uhrzeit der Probenentnahme:

**Materialart:**     Portio/Cervixabstrich     Vaginalabstrich     Andere: \_\_\_\_\_

**HPV-Impfung:**     nein             Gardasil             Cervarix           

### Erklärung des Patienten (nur bei IGeL-Leistung)

Ich wurde darüber informiert, dass diese von mir gewünschten ärztlichen Leistungen nicht zum Leistungsumfang meiner Krankenkasse gehören. Ich werde die Kosten der Anforderungen selbst bezahlen. Hinzu kommen € 3,73 Versandgebühren.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten