

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Betr.stätten.Nr.	Arzt-Nr.		Datum			

## Institut für Pathologie und Zytologie

Am Klinikum Deggendorf - Akadem. Lehrkrankenhaus  
 Gemeinschaftspraxis  
 Dr. med. W. Mohren - Dr. med. R. Babic  
 Dr. med. M. Rotter - Dr. med. G. W. Böhm -  
 Dr. med. B. Mohren  
 Fachärzte für Pathologie  
 94452 Deggendorf, Postfach 1230  
 Telefon 0991/30041 u. 0991/37089-0  
 Telefax 0991/31874  
 e-mail: info@pathologie-deggendorf.de



Untersuchungs-Nr.

# Untersuchungsauftrag

**Dünnschicht  
 Monolayer  
 Zytologie**  
 ( ThinPrep Pap Test )



( bitte ankreuzen )

**Chlamydien  
 Nachweis**



( bitte ankreuzen )

**Humane Papilloma  
 Viren  
 (HPV)**  
 ( Real-Time-PCR )



( bitte ankreuzen )

Selbstzahler

privatversichert

kassenversichert

Rechnung an Praxis

Vorbefund: \_\_\_\_\_  
 Medikation: \_\_\_\_\_  
 Antikonception: \_\_\_\_\_  
 HPV - Vorbefund: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_  
 Datum: \_\_\_\_\_

### Befund:

Post     telefonisch     Fax: \_\_\_\_\_     e-mail: \_\_\_\_\_  
 an Einsender/Praxis     an Patient

Datum: \_\_\_\_\_

Einsender (Stempel):