

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

Pathologie - Molekularpathologie - Zytologie

Institut Am DONAUISAR KLINIKUM Deggendorf
 Akad. Lehrkrankenhaus d. Med. Hochschule Hannover
 Gemeinschaftspraxis
 Drs. med. W. und B. Mohren - Dr. med. R. Babic
 Dr. en Medicina/UC D. Cruz Cordero - Dr. med. M. Gregor
 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)**

a: Real-Time-PCR (Abstrich)



b: In-situ-Hybridisierung (Biopsie)



(bitte ankreuzen)

kassenversichert

privatversichert

Rechnung an Praxis

IGeL-Leistung / Selbstzahler

 Unterschrift der Patientin

Vorbefund/Anamnese: _____

Datum: _____

Medikation: _____

Antikonzeption: _____

Datum: _____

Befund:

Post telefonisch Fax: _____ e-mail: _____

an Einsender/Praxis an Patient

Datum: _____

Einsender (Stempel): _____

