

# Auftrag HPV-Diagnostik

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname und Adresse des/der Versicherten geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Gesetzlich <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> IGeL <input type="checkbox"/> §116b <input type="checkbox"/> ASV		
Privat <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> KVB <input type="checkbox"/> PostB <input type="checkbox"/> Bundesknappschaft		

*Barcodefeld (nicht beschriften)*



MVZ Pathologie BETHESDA gGmbH  
 Heerstr. 219  
 47053 Duisburg  
 Tel.: 0203 6008 3971  
 Fax: 0203 6008 1649

**Bei Kurativ-Leistung immer einen ausgefüllten Überweisungsschein mitsenden!**

Datum, Unterschrift  
Stempel

## HPV-PCR-Analyse der High-Risk-Typen

Ergebnis HPV:

	positiv	negativ
HPV <b>16</b>		
HPV <b>18</b>		
HPV other high-risk (31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68)		

Zytologischer Befund

---



---



---



---