

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		Geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
BSNR	LANR	Datum

Zentrum für Histologie, Zytologie und Molekularpathologie Wiesbaden

Prof. Dr. med. Mark Kriegsmann
 PD Dr. med. Christoph Renné
 PD Dr. med. Klaus Willenbrock
 Dr. med. Sonja Stallmann*
 Dr. med. Susann Trouet*
 Dr. med. Britta Walter*
 *angestellte Ärztinnen

Ludwig-Erhard-Str. 100
 65199 Wiesbaden
 Tel.: 0611 424010
 Fax: 0611 429830
 praxis@pathologie-wiesbaden.de
 www.pathologie-wiesbaden.de



Interner Barcode

KV Stationär Privat
 ASV AOP 88115 Vorsorge

Einsender (Kassenarztstempel)

Untersuchungsauftrag

Zytologie

EILT

Untersuchungsauftrag:

Konventioneller Abstrich
 Dünnschichtzytologie
 HPV Test (high-risk)
 HPV Subtypisierung
 Chlamydien
 CINTEC Plus (p16 + Ki67)
 Kombi – PAP (Zytologie, HPV, Chlamydien)

Kosten als IGeL

12 €
 25 €
 40 €
 100 €
 35 €
 85 €

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass alle Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liquidiert werden. Mir ist bekannt, dass IGeL (individuelle Gesundheitsleistungen) nicht von der Krankenkasse erstattet werden und ich für diese Leistungen eine Privatrechnung erhalte.

 Datum, Unterschrift Patientin

Klinische Befunde:

Entnahmeort: P/C Vagina Vulva Endometrium/IUP
 Erster Abstrich: Ja Nein

PAP-Gruppe: _____ Vorbefund: _____ Letzte Regel: _____ Gravidität: _____ Menopause: _____

Hormonbehandlung: _____ IUP: _____ Bestrahlung: _____ Chemotherapie: _____ Voroperationen: _____

 Datum, Unterschrift Ärztin/Arzt

Zytologische Befunde (intern, bitte nicht ausfüllen):

Metaplasie <input type="checkbox"/>	Döderleinflora <input type="checkbox"/>	Entzündung <input type="checkbox"/>
Endozervikale Zellen <input type="checkbox"/>	Mischflora <input type="checkbox"/>	Regeneration <input type="checkbox"/>
Endometriumzellen <input type="checkbox"/>	Kokken <input type="checkbox"/>	Degeneration <input type="checkbox"/>
Erythrozyten <input type="checkbox"/>	Gardnerella v. <input type="checkbox"/>	Dyskeratosen <input type="checkbox"/>
Leukozyten <input type="checkbox"/>	Trichom. <input type="checkbox"/>	Atrophie <input type="checkbox"/>
Histiozyten <input type="checkbox"/>	Mykose <input type="checkbox"/>	

Proliferationsgrad:

PAP-Gruppe:

 Datum, Unterschrift