

# INSTITUT FÜR PATHOLOGIE AM KLINIKUM WEIDEN

Dr. med. Johannes Giedl · PD Dr. med. David Wachter · Christian Giedl, Facharzt

Kurfürstenstr. 34A · 92637 Weiden

Tel. 0961 390 40 0 · Fax 0961 31026 · Mail [info@pathologie-weiden.de](mailto:info@pathologie-weiden.de)

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

Praxisstempel
---------------

## Untersuchungsauftrag für IGeL

zur Durchführung von – Abstrich konventionell – HPV – Dünnschichtzytologie

### Gewünschte Untersuchung

Abstrich konventionell

HPV (E6/E7 Aptima) High-Risk HPV

ThinPrep Dünnschichtzytologie

### IGeL (incl. Versand- und Materialkosten)

13,22 €

36,55 €

26,94 €

### Erklärung der Patientin

Ich wurde darüber informiert, dass diese von mir gewünschten ärztlichen Leistungen nicht zum Leistungsumfang meiner gesetzlichen Krankenkasse gehören. Ich werde die Kosten der Untersuchungen selbst bezahlen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin

# INSTITUT FÜR PATHOLOGIE AM KLINIKUM WEIDEN

Dr. med. Johannes Giedl · PD Dr. med. David Wachter · Christian Giedl, Facharzt

Kurfürstenstr. 34A · 92637 Weiden

Tel. 0961 390 40 0 · Fax 0961 31026 · Mail [info@pathologie-weiden.de](mailto:info@pathologie-weiden.de)

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

Praxisstempel
---------------

## Untersuchungsauftrag für IGeL

zur Durchführung von – Abstrich konventionell – HPV – Dünnschichtzytologie

### Gewünschte Untersuchung

Abstrich konventionell

HPV (E6/E7 Aptima) High-Risk HPV

ThinPrep Dünnschichtzytologie

### IGeL (incl. Versand- und Materialkosten)

13,22 €

36,55 €

26,94 €

### Erklärung der Patientin

Ich wurde darüber informiert, dass diese von mir gewünschten ärztlichen Leistungen nicht zum Leistungsumfang meiner gesetzlichen Krankenkasse gehören. Ich werde die Kosten der Untersuchungen selbst bezahlen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin