

ANWEISUNG ZUR HPV-TYPISIERUNG

Patient: Familienname (in Blockschrift)

Vorname

Geburtsname:

Geburtsdatum:

Versicherungsnummer:

Selbstzahler:

Ja

PLZ:

Wohnort:

Straße:

Organlokalisierung:

Portio

Vagina

Vulva

Haut

Vorbefunde / Indikation (bitte deutliche und leserliche Angaben):

Einsender:

Name/Stempel des zuständigen Arztes

Datum _____

Tel.. _____

HINWEIS: Nur eine vollständig und gut leserlich ausgefüllte Anweisung ermöglicht eine rasche Befundauf-
folgung! Bei Fehlen eines Überweisungsscheines muß dem Patienten der Selbstzahlertarif verrechnet werden!