

ANWEISUNG ZUR HPV-TYPISIERUNG			
Patient: Familienname (in Blockschrift)		Vorname	
Geburtsname:	Geburtsdatum:	Versicherungsnummer:	Selbstzahler: Ja <input type="checkbox"/>
PLZ:	Wohnort:	Straße:	
Organlokalisation: Portio <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Vulva <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/>			
Vorbefunde / Indikation (bitte deutliche und leserliche Angaben):			
Einsender:			
_____		Datum _____	
Name/Stempel des zuständigen Arztes		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!			