

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

## LABOR ENDERS

Prof. Gisela Enders & Partner · Partnerschaftsgesellschaft  
Rosenbergstraße 85, 70193 Stuttgart, Tel. 0711 63 57 - 0, Fax 0711 63 57 - 202

## Untersuchungsauftrag zur Durchführung von HPV-Tests

### Kostenträger:

- Kassenpatient (bitte Ü-Schein beifügen)  
 Privatpatient\*  Rechnung an Einsender  
 Selbstzahler oder selbstzahlender Kassenpatient (IGeL)\*  
**(\*vollständige Adresse des Patienten angeben!)**

Praxisstempel

### Gewünschte Untersuchung (bitte Kästchen ankreuzen):

	IGeL	Privat
<input type="checkbox"/> <b>HPV-RNA High Risk (APTIMA)</b> <b>[höchste Genauigkeit für den Nachweis von Krebsvorstufen des Gebärmutterhalses]</b>	€ 29,14	€ 53,62
<input type="checkbox"/> <b>HPV-DNA High Risk (hc2)</b> <b>[reduzierte Genauigkeit im Vergleich zum o. g. APTIMA-Test]</b>	€ 17,49	€ 20,11
<input type="checkbox"/> <b>HPV-DNA Low Risk (hc2)</b> <b>[spielt im Rahmen der Krebsvorsorge nur eine untergeordnete Rolle]</b>	€ 17,49	€ 20,11
<input type="checkbox"/> <b>HPV-DNA High &amp; Low Risk (PCR)</b> <b>[z. B. zur typspezifischen Abklärung bei positivem APTIMA- oder hc2-Test]</b>	€ 46,63	€ 53,62

### Klinisch/diagnostische Angaben:

**Erkrankungsbeginn:**

**Datum/Uhrzeit der Probenentnahme:**

**Materialart:**  Portio/Cervixabstrich  Vaginalabstrich  Andere: \_\_\_\_\_

**HPV-Impfung:**  nein  Gardasil  Cervarix

### Erklärung des Patienten

Ich wurde darüber informiert, dass diese von mir gewünschten ärztlichen Leistungen nicht zum Leistungsumfang meiner Krankenkasse gehören. Ich werde die Kosten der Anforderungen selbst bezahlen. Hinzu kommen € 3,73 Versandgebühren.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

(nur bei IGeL-Leistung)