

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

## LABOR ENDERS

Prof. Dr. med. Gisela Enders & Kollegen MVZ · Medizinische Diagnostik  
Rosenbergstraße 85 · 70193 Stuttgart · Tel.: 0711 6357-0 · Fax: 0711 6357-202

### Untersuchungsauftrag Dermatomykosen (PCR)



#### Kostenträger (bitte untenstehende Erklärung beachten)

- Selbstzahlender Patient (IGeL) 81,60 €  
 Privatpatient 93,84 €

#### Rechnung an

- Patienten (Bitte oben vollständige Adresse des Patienten angeben.)  
 Einsender

Datum der Probenentnahme:	<input type="text"/>	Einsender <input type="text"/>
Genauer Abnahmeort (Körperregion):	<input type="text"/>	
Klinische Angaben:	<input type="text"/>	
<b>Art des Probenmaterials:</b> <input type="checkbox"/> <b>Haut:</b> möglichst viele kleine Hautpartikel bzw. Schuppen aus dem Übergang zwischen befallener und gesunder Haut <input type="checkbox"/> <b>Nägel:</b> möglichst viele kleine Nagelspäne (keine ganzen Nägel) aus dem Übergang zwischen befallenen und gesundem Nagelbereich <input type="checkbox"/> <b>Haare:</b> 10 - 20 Einzelhaare aus dem Randbereich der Läsion		
<p>Vor der Probenentnahme sollte der mykoseverdächtige Herd mit 70 %-igem Ethanol gesäubert und desinfiziert werden.  Bitte verwenden Sie für die Probenaufnahme <b>keine</b> Wattetupfer und für den Versand sterile Gefäße mit Schraubverschluss <b>ohne</b> Formalin. Transportgefäße sowie Versandtüten können kostenlos über unsere Versandabteilung (Tel: 0711 6357-104) bezogen werden.</p>		
<b>Patientenerklärung zur Kostenübernahme</b> <p>Ich bin darüber informiert worden, dass die von mir gewünschte ärztliche Leistung nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen gehört. Ich werde die Kosten der Anforderung selbst bezahlen. Hinzu kommen 3,73 € Versandkosten.  Privatversicherte Patienten sollten im Vorfeld eine Kostenübernahmeerklärung von ihrer Krankenversicherung einholen.</p>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ort, Datum		Unterschrift des Patienten