

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. G. Enders MVZ GbR · 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:		Einsender
Genauer Abnahmeort (Körperregion):		
Klinische Angaben:		

Art des Probenmaterials:

- ☐ **Haut:** möglichst viele kleine Hautpartikel bzw. Schuppen aus dem Übergang zwischen befallener und gesunder Haut
- ☐ **Nägel:** möglichst viele kleine Nagelspäne (keine ganzen Nägel) aus dem Übergang zwischen befallenem und gesundem Nagelbereich
- ☐ **Haare:** 10 - 20 Einzelhaare aus dem Randbereich der Läsion

Vor der Probenentnahme sollte der mykoseverdächtige Herd mit 70 %-igem Ethanol gesäubert und desinfiziert werden.

Bitte verwenden Sie für die Probenaufnahme **keine** Wattetupfer und für den Versand sterile Gefäße mit Schraubverschluss **ohne** Formalin. Transportgefäße sowie Versandtüten können kostenlos über unsere Versandabteilung (Tel: 0711 6357-104) bezogen werden.

Patientenerklärung zur Kostenübernahme

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 5,54 € Versandkosten.

Privatversicherte Patienten sollten im Vorfeld eine Kostenübernahmeerklärung von ihrer Krankenversicherung einholen.

--

Ort, Datum

--

Unterschrift des Patienten