Krankenkasse bzw. Kostenträger	LABOR EI	LABOR ENDERS	
	Prof. Dr. med. Gisela	n Enders & Kollegen MVZ •Medizinische Diagnostik	
Name, Vorname des Versicherten		70193 Stuttgart · Tel.: 0711 6357-0 · Fax: 0711 6357-202	
	geb. am		
	Un	itersuchungsauftrag	
	Der	rmatomykosen (PCR)	
Kassen-Nr. Versicherten-Nr.	Status		
	tum (DAkkS		
Virginia dia	Deutsche Akkreditieru D-ML-17120		
	D-WIL-1/120		
Vachanta and Calif	rung heachten) Rechnung	an	
Kostenträger (bitte untenstehende Erklä		ten (Bitte oben vollständige Adresse des	
☐ Selbstzahlender Patient (IGeL)	0.1,00	Patienten angeben.)	
☐ Privatpatient	93,84 € □ Einsen	•	
Datum der Probenentnahme:		Einsender	
Genauer Abnahmeort (Körperregion):			
L			
Klinische Angaben:			
Art des Probenmaterials:			
🗆 <b>Haut:</b> möglichst viele kleine Hautpartikel bzw. Schuppen aus dem Übergang zwischen befallener und gesunder Haut			
□ <b>Nägel:</b> möglichst viele kleine Nagelspäne (keine ganzen Nägel) aus dem Übergang zwischen befallenem und gesundem			
Nagelbereich			
□ <b>Haare:</b> 10 - 20 Einzelhaare aus dem Randbereich der Läsion			
Non der Decker entrekens sellte der mydeseyendäckting Hand mit 70 0/ inner Ethanel mesäybent und desinfinient wenden			
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			
ohne Formalin. Transportgefäße sowie Versandtüten können kostenlos über unsere Versandabteilung (Tel: 0711 6357-104)			
bezogen werden.			
Patientenerklärung zur Kostenübernahme			
lch 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 4,25 € Versandkosten.			
Privatversicherte Patienten sollten im Vorfeld eine Kostenübernahmeerklärung von ihrer Krankenversicherung einholen.			
		,	
Ort, Datum		Unterschrift des Patienten	