



Institut für Immunologie und Genetik, Postfach 2565, 67613 Kaiserslautern | Pfaffplatz 10, 67655 Kaiserslautern

Einsender:

Patientendaten:

Untersuchungsanforderung HPV/Chlamydien (IGEL)

Material:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vaginalabstrich | <input type="checkbox"/> Harnröhre |
| <input type="checkbox"/> Portioabstrich | <input type="checkbox"/> sonstiges _____ |

Molekulare Erregerdiagnostik

- HPV-Screening „low risk“ (17,49 €)
 - HPV-Screening „high risk“ (17,49 €)
 - Chlamydien-PCR (34,98 €)
- zuzüglich Material- und Portokosten (2,02 €)**

Entnahmedatum/Uhrzeit: _____

IGeL–Individuelle Gesundheitsleistungen / Patientenerklärung

Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse beauftrage ich die Veranlassung von laborärztlichen Leistungen. Mir ist bekannt, dass die gesetzliche Krankenkasse nicht verpflichtet ist, die Kosten der von mir beauftragten Leistungen ganz oder anteilig zu übernehmen.

Ich werde die Kosten dieser Leistungen selbst tragen und bin mit der Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) einverstanden. Die ermittelten Laborergebnisse werden dem beratenden Arzt zugestellt.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten