

### ANWEISUNG ZUR HPV-TYPISIERUNG

Patient: Familienname (in Blockschrift) | Vorname

Geburtsname: | Geburtsdatum: | Versicherungsnummer: | Selbstzahler:

PLZ: | Wohnort: | Straße:

Organlokalisation:  
Portio       Vagina       Vulva       Haut

Vorbefunde / Indikation (bitte deutliche und leserliche Angaben):

Einsender:

\_\_\_\_\_  
Name/Stempel des zuständigen Arztes

Datum \_\_\_\_\_

Tel.. \_\_\_\_\_

**HINWEIS:** Nur eine vollständig und gut leserlich ausgefüllte Anweisung ermöglicht eine rasche Befundausfolgung.  
Bei Fehlen eines Überweisungsscheines muß dem Patienten der Selbstzahlertarif verrechnet werden!