

Dr. Edith Beck
FA für Pathologie / Zytologie
Wahlarztpraxis
4020 Linz, Hopfengasse 3/3/2
Ordination nach Vereinbarung

Tel. +43 (0) 732 77 43 34
beck@zytolinz.at
www.zytolinz.at

UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG HPV-HR positiv

Patientin: _____ Geb. Datum: _____

Anschrift: _____

Zuweisender Arzt: _____ Entnahmedatum: _____

Klinik / Kolposkopie:

Protokollnummer:

Eingangsdatum: _____

Untersuchung:

Dünnschichtzytologie

p16 / Ki- 67

Patientenvereinbarung über privatärztliche Abrechnung von medizinischen Leistungen außerhalb der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen.

Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse möchte ich die oben markierte(n) Leistungen in Anspruch nehmen. Ich werde für die Kosten selbst aufkommen. Mir ist bekannt, dass meine gesetzliche Krankenkasse nicht verpflichtet ist, eine medizinisch sinnvolle, aber nicht zwingend notwendige Leistung oder einen Teil davon zu erstatten. Ich weiß, dass daher diese von mir gewünschte(n) ärztliche(n) Leistung(en) nicht von meiner gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird / werden.

Datum und Unterschrift der Patientin