KABEG
KLINIKUM VILLACH

**Einheit für Klinische Pathologie und Molekularpathologie**
Vorstand:
Prim. Univ. Doz. Dr. Hermann Rogatsch
A-9500 Villach
Nikolaigasse 43
Tel. +43 (0)4242 208-62293
DaMe: VILKHPAT

# ANWEISUNG ZUR HPV-TYPISIERUNG

| Patient/in: Familienname (Blockschrift) | Vorname |
|---|---|
| | |

| Geburtsname: | Geburtsdatum: | Versicherungsnummer: | Selbstzahler: Ja ☐ |
|---|---|---|---|
| | | | |

| PLZ: | Wohnort: | Straße: |
|---|---|---|
| | | |

Organlokalisation:

☐ Portio ☐ Vagina ☐ Vulva ☐ Haut

Vorbefunde / Indikation (bitte deutliche und leserliche Angaben):

Einsender:

Datum _____

_____
Name/Stempel des zuständigen Arztes

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!



*Um den Lesefluss zu erleichtern, wurde auf eine geschlechterspezifisch getrennte Schreibweise verzichtet.*