

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten
geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!
Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen



Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Knappschafts-kennziffer _____ Quartal _____

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Geschlecht _____

SER eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Abnahmedatum _____ Abnahmezeit _____

SSW _____

Befund eilt, Übermittlung an Telefon Fax Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose _____

Befund/Medikation _____

Auftrag _____

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 10/E (4.2024)

PRF. NR. X/9/2204/36/525

Frauenärzte vom Bruderwald - Dr. med. Justine Dokoupil

Heinrichsdamm 4a, 96047 Bamberg

Tel. 09 51 / 91 79 74 25

Fax. 09 51 / 91 79 74 27

zyto@frauenaerzte-vom-bruderwald.de

Anamnese

Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?

nein ja, zuletzt _____

Gruppe _____

HPV-Impfung

vollständig
 unvollständig
 keine
 unklar

HPV-HR-Testergebnis

liegt nicht vor
 liegt vor
 positiv
 negativ
 nicht verwertbar

Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales

nein ja Welche? _____

Wann? _____

Jetzt:

Letzte Periode _____

nein ja

Gravidität

Ausfluss / pathologische Blutung

IUP

Einnahme von Ovulationshemmer / sonstige Hormonanwendung

(ggf. bitte in Anmerkungen erläutern)

Klinischer Befund

unauffällig auffällig

Erläuterungen

ggf. fyn. Befunde (Vulva, Vagina, Portio); Diagnosen; sonstige Anmerkungen

Ich wünsche folgende IGEL- oder Selbstzahlerleistung:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> konventioneller PAP-Abstrich
<small>4851 x 1, x</small> € 17,- | <input type="checkbox"/> ThinPrep®- Zytologisches Dünnschichtverfahren
<small>4815 x 1, x</small> € 25,- |
| <input type="checkbox"/> HPV-mRNA-Nachweis
<small>4783 x 1, x</small> € 32,- | <input type="checkbox"/> Chlamydien-DNA-Nachweis
<small>4780 x 0,33 / 4783 x 0,2 / 4785 x 0,2, x</small> € 30,- |

Mir ist bekannt, dass ich diese vorgenannten individuellen Gesundheitsleistungen privat nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu bezahlen habe, da diese Leistungen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören.

Mir ist weiterhin bekannt, dass ich gegenüber meiner gesetzlichen Krankenkasse keinen Anspruch auf Kostenerstattung noch Kostenbeteiligung habe. Eine Kopie dieser Erklärung habe ich erhalten.

Für die Abrechnung der oben stehenden Leistung erhalte ich nach erbrachter Leistung eine gesonderte Rechnung.