

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Überweisungsschein

06

Kurativ
 Präventiv
 Behandl. gemäß §116b SGB V
 bei belegärztl. Behandlung

Quartal

Geschlecht

Unfall Unfallsfolgen
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Überweisung an _____

Ausführung von Auftragsleistungen
 Konsiliaruntersuchung
 Mit-/Weiterbehandlung

AU bis

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs.3a SGB V

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel/ Unterschrift des Arztes

Muster 6 (4.2011)

OptiCyt®

Teilberufsausübungsgemeinschaft für Zytologie
Frankfurt am Main GbR

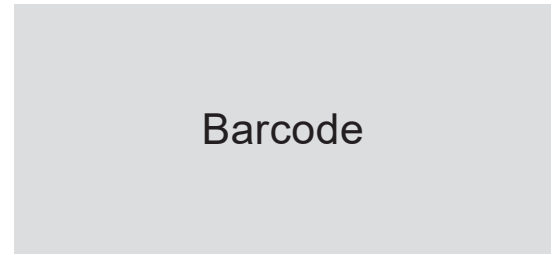
Ginnheimer Landstraße 86 · 60487 Frankfurt
Tel. 0 69/9514 47-0 · Fax 0 69/9514 47-50

Entnahmedatum:

--	--	--	--	--	--	--

Letzte Periode:

--	--	--	--	--	--	--



Barcode

Gewünschte Untersuchung Bei Anforderung als IGeL-Leistung bitte Rückseite beachten!

Konventioneller Abstrich
 Dünnschichtpräparation (ThinPrep-Gefäß)
 HPV-Diagnostik (Aptima® Hologic®)
 HPV-Diagnostik (Genotypisierung)
 P16/ Ki67 HPV-L1

Endometrium-Abstrich
 Vulva-Abstrich
 Mammapunktat re li
 Mammasekret re li
 P/CK
 Vagina

Chlamydien/Gonokokken Urin (gelb)
 Kombi-Test Zervix (weiß)
 ThinPrep-Gefäß

Anamnese

Utersusentfernung ggf. wann? _____
 Konisation ggf. wann? _____

 Strahlentherapie ggf. wann? _____

Ovulationshemmer
 IUP HRT
 Schwangerschaft post partum

Klinische Diagnose / Kolposkopischer Befund / Fragestellung: _____

Ich wünsche folgende IGeL-Leistung

HPV-RNA (Aptima® Hologic®)	€26,-	ThinPrep-Dünnschichtzytologie	€26,-
HPV-Genotypisierung	€35,-	+IMAGER-Computerassistenz	
Chlamydien/Gonokokken	€30,-	Konventioneller Abstrich	€13,-
Kombi-Test		+ Focal Point-Computerassistenz	

Ärztliche Leistungen:

Abstrichentnahme / Beratung für HPV, Chlamydien/Gonokokken, konventioneller Abstrich	€26,-
Abstrichentnahme /Aufbereitung für ThinPrep (A1105)	€26,-

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 nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) selbst aufkommen. Mit der Abrechnung durch die zugelassene Verrechnungsstelle Priva bin ich einverstanden. Ebenso wie mit der Übermittlung meiner personenbezogenen Daten zum Zweck der Berechnung und Rechnungsstellung der erbrachten Untersuchungsleistungen. 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.

X

Datum, Unterschrift der Patientin (nur bei IGeL-Leistung)