

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

Unfall Unfallsfolgen    Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Quartal:  Q  J  J    Geschlecht:  W  M

Überweisung an \_\_\_\_\_

Ausführung von Auftragsleistungen     Konsiliaruntersuchung     Mit-/Weiterbehandlung

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

AU bis:  T  T  M  M  J  J

### Diagnose/Verdachtsdiagnose


### Befund/Medikation


### Auftrag


Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (4.2011)

# OptiCyt®



Deutsche  
Akkreditierungsstelle  
D-IS-38575-01-00

Teilberufsausübungsgemeinschaft für Zytologie  
Frankfurt am Main GbR

Ginnheimer Landstraße 86 · 60487 Frankfurt  
Tel. 0 69/95 14 47-0 · Fax 0 69/95 14 47-50

Entnahmedatum: 

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

Letzte Periode: 

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

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Konventioneller Abstrich                | <input type="radio"/> Endometrium-Abstrich   |
| <input type="radio"/> Dünnschichtpräparation (ThinPrep-Gefäß) | <input type="radio"/> Vulva-Abstrich   |
| <input type="radio"/> HPV-Diagnostik (Aptima® Hologic®)       | <input type="radio"/> Mammapunktat <input type="radio"/> re <input type="radio"/> li |
| <input type="radio"/> HPV-Diagnostik (Genotypisierung)        | <input type="radio"/> Mammasekret <input type="radio"/> re <input type="radio"/> li  |
| <input type="radio"/> P16 / Ki67 <input type="radio"/> HPV-L1 | <input type="radio"/> P / CK   |
| <input type="radio"/> Chlamydien/Gonokokken Kombi-Test        | <input type="radio"/> Vagina   |
| <input type="radio"/> Urin (gelb)                             |  |
| <input type="radio"/> Zervix (weiß)                           |  |
| <input type="radio"/> ThinPrep-Gefäß                          |  |

### Anamnese

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Utersusentfernung    ggf. wann? _____ | <input type="radio"/> Ovulationshemmer                                  |
| <input type="radio"/> Konisation    ggf. wann? _____        | <input type="radio"/> IUP <input type="radio"/> HRT                     |
| <input type="radio"/> Strahlentherapie    ggf. wann? _____  | <input type="radio"/> Schwangerschaft <input type="radio"/> post partum |

Klinische Diagnose / Kolposkopischer Befund / Fragestellung: \_\_\_\_\_

---

### Ich wünsche folgende IGeL-Leistung

- |   |        |   |        |
|---|--------|---|--------|
| <input type="radio"/> HPV-RNA (Aptima® Hologic®)          | € 26,- | <input type="radio"/> ThinPrep-Dünnschichtzytologie<br>+IMAGER-Computerassistenz  | € 26,- |
| <input type="radio"/> HPV-Genotypisierung                 | € 35,- | <input type="radio"/> Konventioneller Abstrich<br>+ Focal Point-Computerassistenz | € 13,- |
| <input type="radio"/> Chlamydien/Gonokokken<br>Kombi-Test | € 30,- |   |        |

### Ärztliche Leistungen:

- |  |        |
|--|--------|
| <input type="radio"/> Abstrichentnahme / Beratung für HPV, Chlamydien/Gonokokken, konventioneller Abstrich | € 26,- |
| <input type="radio"/> 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)