

IGeL-Einsendeschein

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

Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

T	T	M	M	J	J	W	M
---	---	---	---	---	---	---	---

 Geschlecht

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Patientendaten-Pixel-Code=PDF417

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

OptiCyt®

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



Deutsche
Akkreditierungsstelle
D-IS-21578-01-00

Barcode

Entnahmedatum:

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

Letzte Periode:

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

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

- Chlamydien/Gonokokken
Kombi-Test

- Urin (gelb)
- Zervix (weiß)
- ThinPrep-Gefäß

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

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

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

Ärztliche Leistungen:

- | | |
|--|--------|
| <input type="radio"/> Abstrichentnahme / Beratung für HPV, Chlamydien/Gonokokken, konventioneller Abstrich | € 26,- |
| <input type="radio"/> Abstrichentnahme / Aufbereitung für ThinPrep (A 1105) | € 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 / des Patienten (nur bei IGeL-Leistung)