

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	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

Überweisung an _____

Ausführung von Auftragsleistungen
 Konsiliaruntersuchung
 Mit-/Weiterbehandlung

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Quartal **Q J J**

Geschlecht **Q J J**

AU bis **T T M M J J**

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (10.2019)

Untersuchungsauftrag Zytologie

EILT

Zentrum für Histologie, Zytologie und Molekularpathologie Wiesbaden



Gemeinschaftspraxis Pathologie | Ludwig-Erhard-Str. 100 | 65199 Wiesbaden
 Tel.: 0611 432514 | E-Mail: info@wiesbaden-patho.de | www.wiesbaden-patho.de

Untersuchungsauftrag:

Kosten als IGeL Labor

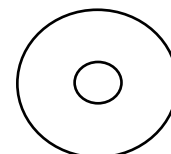
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------------|
| Konventioneller Abstrich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 12 € |
| Dünnschichtzytologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 25 € |
| HPV Test (high-risk) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 40 € |
| HPV Subtypisierung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 100 € |
| Chlamydien/Gonokokken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 35 € |
| CINTEC Plus (p16 + Ki67) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 40 € |
| Kombi – PAP (Zytologie, HPV, Chlamydien) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 85 € |

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass alle Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liquidiert werden. Mir ist bekannt, dass IGeL (individuelle Gesundheitsleistungen) nicht von der Krankenkasse erstattet werden und ich für diese Leistungen eine Privatrechnung erhalte.

Datum, Unterschrift Patientin

Klinische Angaben:

- | | | |
|------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Entnahmeort: Portio/CK | <input type="checkbox"/> | Vorbefund: |
| Erster Abstrich: Ja | <input type="checkbox"/> | Letzte Regel: |
| Vagina | <input type="checkbox"/> | Gravidität: |
| Vulva | <input type="checkbox"/> | Menopause: |
| Endometrium/IUP | <input type="checkbox"/> | Hormonbehandlung: |
| Mammasekret | <input type="checkbox"/> | Bestrahlung/Chemotherapie: |
| | | Voroperation: |



Datum, Unterschrift Ärztin/Arzt