

# Überweisungsschein

<input type="checkbox"/> Kurativ	<input type="checkbox"/> Präventiv	<input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V	<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung	Quartal <b>Q J J J</b>
<input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2		<b>T T M M J J</b>	Geschlecht <b>W M</b>
Überweisung an _____				
<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	<input type="checkbox"/> Konsiliar- untersuchung	<input type="checkbox"/> Mit-/Weiter- behandlung	AU bis <b>T T M M J J</b>	
<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V				

Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Diagnose/Verdachtsdiagnose


## Befund/Medikation


## Auftrag


--

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (4.2011)

## MVZ für Gynäkologie, präventive Zytologie/ Dysplasiesprechstunde GmbH

Stamm · Pollerberg · Pollerberg · Schmidt-Petruschkat · Pfeil · Ademi  
Willy-Brandt-Platz 4 · 45127 Essen  
Telefon 0201.51 40 15 · Telefax 0201.51 40 12



Entnahmedatum: \_\_\_\_\_ letzte Regel: \_\_\_\_\_ Vorbefund: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> GKV	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> IGeL			
<b>Zytologie</b>	<input type="checkbox"/> konventionell	<input type="checkbox"/> Dünnschicht	<input type="checkbox"/> HPV	<input type="checkbox"/> Abklärungs-HPV	<input type="checkbox"/> Biomarker (z.B. p16/KI67)
<b>Abklärungszytologie</b>	<input type="checkbox"/> konventionell	<input type="checkbox"/> Dünnschicht			

### Entnahmeort

<input type="checkbox"/> Portio/Ck
<input type="checkbox"/> Vagina
<input type="checkbox"/> Vulva
<input type="checkbox"/> Mamma <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
<input type="checkbox"/> Andere

### klinische Angaben

<input type="checkbox"/> HE suprazervikal*	<input type="checkbox"/> OH	<input type="checkbox"/> IUP	<input type="checkbox"/> HRT
<input type="checkbox"/> HE total*	<input type="checkbox"/> Chemotherapie		
<input type="checkbox"/> Konisation*	<input type="checkbox"/> Gravidität	<input type="checkbox"/> SSW	
<input type="checkbox"/> Radiatio* +Jahr <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Postpartum		

### Ärztliche Leistungen in der Praxis

<input type="checkbox"/> Beratung, einfach (1)	_____	, _____	-fach
<input type="checkbox"/> Abstrich, zytologisch (297)	_____	, _____	-fach
<input type="checkbox"/> Abstrich (A 1105)	_____	, _____	-fach
<input type="checkbox"/> Abstrich HPV (298)	_____	, _____	-fach
<input type="checkbox"/> Abrechnung über amedes			

### ABKLÄRUNGSKOLPOSKOPIE

<input type="checkbox"/> oB	<input type="checkbox"/> CIN1	<input type="checkbox"/> CIN2	<input type="checkbox"/> CIN3
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

<input type="checkbox"/> HPV (PCR-Typisierung) 34,40 € (GOÄ 4783 PCR 1,0fach/GOÄ §10/2 Kosten 5,26 €)
<input type="checkbox"/> ThinPrep® 25,00 € (GOÄ 4815A LBC 1,0fach/GOÄ §10/2 Kosten 4,60 €)

<input type="checkbox"/> konventioneller Abstrich 10,00 € (GOÄ 4851 1,0fach+\$10/2 Kosten 2,42 €)
---

## IGeL

### Patientenvereinbarung über privatärztliche Abrechnung von medizinischen Leistungen außerhalb der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung.

Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse möchte ich oben markierte, privatärztliche Leistung(en) in Anspruch nehmen. Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschte(n) ärztliche(n) Leistung(en) in meinem Fall nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird/werden. Ich werde die Kosten entsprechend o.g. Aufstellung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ 2003) selbst tragen und bin mit der Abrechnung durch eine autorisierte Verrechnungsstelle einverstanden.

Mir ist ferner bekannt, dass für meine Krankenkasse keine Verpflichtung besteht, die Kosten ganz oder anteilig zu übernehmen. Ich bin damit einverstanden, dass alle zur Rechnungsstellung notwendigen Daten an eine ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden und die Rechnungsforderungen der beteiligten Ärzte an diese ärztliche Verrechnungsstelle zum Einzug abgetreten werden. Die ermittelten Laborergebnisse werden dem beratenden Arzt zugestellt.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der Patientin