

Überweisungsschein

Kurativ Präventiv Behandl. gemäß § 116b SGB V bei belegärztl. Behandlung Quartal **Q J J**

Unfall Unfallsfolgen Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2 **T T M M J J** Geschlecht **W M**

Überweisung an _____ AU bis _____

Ausführung von Auftragsleistungen Konsiliaruntersuchung Mit-/Weiterbehandlung **T T M M J J**

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: _____

GKV Privat IGeL

Zytologie konventionell Dünnschicht HPV Abklärungs-HPV Biomarker (z.B. p16/KI67)
Abklärungszytologie konventionell Dünnschicht

Entnahmeort

- Portio/Ck
- Vagina
- Vulva
- Mamma rechts links
- Andere

klinische Angaben

- HE suprazervikal+ OH IUP HRT
- HE total+ Chemotherapie
- Konisation+ Gravidität SSW
- Radiatio+ +Jahr Postpartum

Ärztliche Leistungen in der Praxis

- Beratung, einfach (1) _____, _____-fach
- Abstrich, zytologisch (297) _____, _____-fach
- Abstrich (A 1105) _____, _____-fach
- Abstrich HPV (298) _____, _____-fach
- Abrechnung über amedes

ABKLÄRUNGSKOLPOSKOPIE

- oB CIN1 CIN2 CIN3

HPV (PCR-Typisierung) 34,40 € (GOÄ 4783 PCR 1,0fach/GOÄ §10/2 Kosten 5,26 €)

ThinPrep® 25,00 € (GOÄ 4815A LBC 1,0fach/GOÄ §10/2 Kosten 4,60 €)

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