

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

Stempel

Auftrag

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Portio/CK | <input type="checkbox"/> konventionell | <input type="checkbox"/> ThinPrep** |
| <input type="checkbox"/> Vagina/Z.n. HE | <input type="checkbox"/> konventionell | <input type="checkbox"/> ThinPrep** |
| <input type="checkbox"/> Vulva | <input type="checkbox"/> konventionell | <input type="checkbox"/> ThinPrep** |
| <input type="checkbox"/> Endometrium | <input type="checkbox"/> konventionell | <input type="checkbox"/> ThinPrep** |
-
- | | | |
|--|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mammasekret | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Mammapunktat | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> HPV-Typisierung | <input type="checkbox"/> p16/Ki67 | |

Anamnese

- letzte Periode | | | |
Tag Monat Jahr
- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hormone | <input type="checkbox"/> OH | <input type="checkbox"/> IUP |
| <input type="checkbox"/> Konisation | <input type="checkbox"/> Hysterektomie | <input type="checkbox"/> Histologie |
| <input type="checkbox"/> Strahlentherapie | <input type="checkbox"/> Chemotherapie | <input type="checkbox"/> Gravidität/Woche |

klinische Angaben

- Kolposkopie unauffällig verdächtig atypisch
- Pathologischer Befund, falls ja: Gruppe: _____
- Ggf. klinische Diagnose/Fragestellung: _____

ABKLÄRUNGSKOLPOSKOPIE

- oB CIN1 CIN2 CIN3

IGeL (Individuelle Gesundheitsleistung)

- | | |
|--|---------|
| <input type="checkbox"/> Präparation für die Dünnschichtzytologie (ThinPrep®) mit besonderer Aufbereitung (Zellvereinzelnung und -randomisierung) | 25,00 € |
| <input type="checkbox"/> Konventioneller Abstrich (GOÄ 4851 1,0fach+\$10/2 Kosten 2,42 €) | 10,00 € |
| <input type="checkbox"/> HPV (PCR-Typisierung) (GOÄ 4783 PCR 1,0fach/GOÄ §10/2 Kosten 5,26 €) | 34,40 € |

Ärztliche Leistungen in der Praxis

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Beratung, einfach (1) | _____ -fach |
| <input type="checkbox"/> Beratung, ausführlich (3) | _____ -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"/> bereits in der Praxis liquidiert | <input type="checkbox"/> Abrechnung über gynomed ruhr |

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.

Ort, Datum _____

Unterschrift des Patienten _____

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

Stempel

Auftrag

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Portio/CK | <input type="checkbox"/> konventionell | <input type="checkbox"/> ThinPrep** |
| <input type="checkbox"/> Vagina/Z.n. HE | <input type="checkbox"/> konventionell | <input type="checkbox"/> ThinPrep** |
| <input type="checkbox"/> Vulva | <input type="checkbox"/> konventionell | <input type="checkbox"/> ThinPrep** |
| <input type="checkbox"/> Endometrium | <input type="checkbox"/> konventionell | <input type="checkbox"/> ThinPrep** |

- | | | |
|--|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mammasekret | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Mammapunktat | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> HPV-Typisierung | <input type="checkbox"/> p16/Ki67 | |

Anamnese

- letzte Periode

Tag	Monat	Jahr		
- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hormone | <input type="checkbox"/> OH | <input type="checkbox"/> IUP |
| <input type="checkbox"/> Konisation | <input type="checkbox"/> Hysterektomie | <input type="checkbox"/> Histologie |
| <input type="checkbox"/> Strahlentherapie | <input type="checkbox"/> Chemotherapie | <input type="checkbox"/> Gravidität/Woche |

klinische Angaben

- Kolposkopie unauffällig verdächtig atypisch
- Pathologischer Befund, falls ja: Gruppe: _____
- Ggf. klinische Diagnose/Fragestellung: _____

ABKLÄRUNGSKOLPOSKOPIE

- oB CIN1 CIN2 CIN3

IGeL (Individuelle Gesundheitsleistung)

- | | |
|---|---------|
| <input type="checkbox"/> Präparation für die Dünnschichtzytologie (ThinPrep®) mit besonderer Aufbereitung (Zellvereinzelnung und -randomisierung) | 25,00 € |
| <input type="checkbox"/> Konventioneller Abstrich (GOÄ 4851 1,0fach+\$§10/2 Kosten 2,42 €) | 10,00 € |
| <input type="checkbox"/> HPV (PCR-Typisierung) (GOÄ 4783 PCR 1,0fach/GOÄ §10/2 Kosten 5,26 €) | 34,40 € |

Ärztliche Leistungen in der Praxis

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Beratung, einfach (1) | _____ -fach |
| <input type="checkbox"/> Beratung, ausführlich (3) | _____ -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"/> bereits in der Praxis liquidiert | <input type="checkbox"/> Abrechnung über gynomed ruhr |

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.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

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

Stempel

Auftrag

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Portio/CK | <input type="checkbox"/> konventionell | <input type="checkbox"/> ThinPrep** |
| <input type="checkbox"/> Vagina/Z.n. HE | <input type="checkbox"/> konventionell | <input type="checkbox"/> ThinPrep** |
| <input type="checkbox"/> Vulva | <input type="checkbox"/> konventionell | <input type="checkbox"/> ThinPrep** |
| <input type="checkbox"/> Endometrium | <input type="checkbox"/> konventionell | <input type="checkbox"/> ThinPrep** |

- | | | |
|--|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mammasekret | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Mammapunktat | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> HPV-Typisierung | <input type="checkbox"/> p16/Ki67 | |

Anamnese

- letzte Periode

Tag	Monat	Jahr		
- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hormone | <input type="checkbox"/> OH | <input type="checkbox"/> IUP |
| <input type="checkbox"/> Konisation | <input type="checkbox"/> Hysterektomie | <input type="checkbox"/> Histologie |
| <input type="checkbox"/> Strahlentherapie | <input type="checkbox"/> Chemotherapie | <input type="checkbox"/> Gravidität/Woche |

klinische Angaben

- Kolposkopie unauffällig verdächtig atypisch
- Pathologischer Befund, falls ja: Gruppe: _____
- Ggf. klinische Diagnose/Fragestellung: _____

ABKLÄRUNGSKOLPOSKOPIE

- oB CIN1 CIN2 CIN3

IGeL (Individuelle Gesundheitsleistung)

- | | |
|---|---------|
| <input type="checkbox"/> Präparation für die Dünnschichtzytologie (ThinPrep®) mit besonderer Aufbereitung (Zellvereinzelnung und -randomisierung) | 25,00 € |
| <input type="checkbox"/> Konventioneller Abstrich (GOÄ 4851 1,0fach+\$10/2 Kosten 2,42 €) | 10,00 € |
| <input type="checkbox"/> HPV (PCR-Typisierung) (GOÄ 4783 PCR 1,0fach/GOÄ §10/2 Kosten 5,26 €) | 34,40 € |

Ärztliche Leistungen in der Praxis

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Beratung, einfach (1) | _____ -fach |
| <input type="checkbox"/> Beratung, ausführlich (3) | _____ -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"/> bereits in der Praxis liquidiert | <input type="checkbox"/> Abrechnung über gynomed ruhr |

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.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten