

# Überweisungsschein

06

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

Quartal

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

Geschlecht

Überweisung an \_\_\_\_\_

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

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

## Diagnose/Verdachtsdiagnose

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Befund/Medikation

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Auftrag

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes



Fangdieckstraße 75a  
22547 Hamburg  
Tel.: 040/180 04 33 35  
Fax: 040/180 04 33 55

Dysplasiesprechstunde

Entnahmedatum: \_\_\_\_\_

Letzte Regel: \_\_\_\_\_

Vorbefund: \_\_\_\_\_

Konventionelle Zytologie  HPV  P16/Ki67  Dünnschichtzytologie

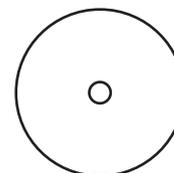
### Klinische Angaben

Ovulationshemmer  HE suprazervikal  
 IUP  HE total  
 HRT  Konisation  
 Gravidität \_\_\_\_\_ SSW  Radiatio

### Entnahmeort

Portio/Zervix  
 Vagina  
 Vulva  
 Corpus  
 Andere

### Kolposkopie



### Bemerkungen

### Zytologischer Befund:

Abstrichqualität  
 Rep.  bed. rep.  n.v.  
Endozervikalzellen vorhanden:  
 ja  nein  
Proliferationsgrad:  
Flora:  
Gruppe:  
Empfehlung:

### Anforderungen als IGeL

HPV 34,40€  Zyto/IGeL 15,00€  Vagina nach HE 15,00€  
 Dünnschichtzytologie 30,00€

Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse möchte ich oben markierte, privatärztliche Leistung(en) in Anspruch nehmen. Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschte(n) ärztlich erbrachten Leistung(en) in diesem Fall nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird (werden), dass seitens der Krankenkasse keine Verpflichtung besteht, die Kosten ganz oder anteilig zu übernehmen. Über die entsprechenden Kosten gemäß Gebührenordnung für Ärzte bin ich aufgeklärt worden und trage diese selbst.

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_