

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status

Betriebsstätten-Nr.    Arzt-Nr.    Datum

**Eintrag nur bei Weiterüberweisung!**  
 Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers    Arzt-Nr. des Erstveranlassers

## Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen



- Kurativ     Präventiv     bei belegärztl. Behandlung     Unfall, Unfallfolgen

**Auftragsnummer des Labors**

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer Quartal

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Geschlecht

SER eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Abnahmedatum Abnahmezeit

T T M M J J    h h m m

SSW

Befund eilt, Übermittlung an  Telefon  Fax Nr. \_\_\_\_\_

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Muster 10 (4.2024)

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen



Fangdieckstrasse 75a | 22547 Hamburg  
 T: 040/180 04 33-35 | F: -55

Dysplasiesprechstunde

Entnahmedatum:     Letzte Regel:     Vorbefund:

- Konventionelle Zytologie     HPV     P16/Ki67     Dünnschichtzytologie

### Klinische Angaben

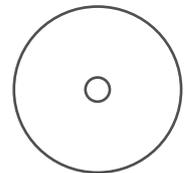
- Ovulationshemmer     HE suprazervikal\*  
 IUP     HE total\*  
 HRT     Konisation\*  
 Gravidität \_\_\_\_ SSW     Radiatio\*

\*Grund/Datum

### Entnahmeort

- Portio/Zervix  
 Vagina  
 Vulva  
 Corpus  
 Andere

### Kolposkopie



### Zytologischer Befund:

Abstrichqualität  
 Rep.     bed. rep.     n.v.

Endozervikalzellen vorhanden:  
 ja     nein

Proliferationsgrad:

Flora:

Gruppe:

Empfehlung:

### Anforderungen als IGeL

- HPV 40,00 €     Zyto/IGeL 18,95 €     Vagina nach HE 18,95 €  
 Dünnschichtzytologie 36,00 €

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