

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

10BF



Kurativ     Präventiv     bei belegärztl. Behandlung     Unfall, Unfallfolgen

**Auftragsnummer des Labors**

\_\_\_\_\_

Knappschafts-kennziffer \_\_\_\_\_ Quartal \_\_\_\_\_

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion     Geschlecht \_\_\_\_\_

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

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Abnahmedatum \_\_\_\_\_ Abnahmezeit \_\_\_\_\_

SSW \_\_\_\_\_

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

Diagnose/Verdachtsdiagnose \_\_\_\_\_

Befund/Medikation \_\_\_\_\_

Auftrag \_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.

*Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen*

Muster 10/E (4.2024)

PRF. NR. X/9/2204/36/525

## Frauenärzte vom Bruderwald - Dr. med. Justine Dokoupil

Heinrichsdamm 4a, 96047 Bamberg

Tel. 09 51 / 91 79 74 25

Fax. 09 51 / 91 79 74 27

zyto@frauenaerzte-vom-bruderwald.de

### Anamnese

Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?

nein     ja, zuletzt \_\_\_\_\_

Gruppe \_\_\_\_\_

HPV-Impfung

vollständig  
 unvollständig  
 keine  
 unklar

HPV-HR-Testergebnis

liegt nicht vor  
 liegt vor  
 positiv  
 negativ  
 nicht verwertbar

Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales

nein     ja Welche? \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_

### Jetzt:

Letzte Periode \_\_\_\_\_

nein    ja

Gravidität

  

Ausfluss / pathologische Blutung

  

IUP

  

Einnahme von Ovulationshemmer / sonstige Hormonanwendung (ggf. bitte in Anmerkungen erläutern)

  

Klinischer Befund     unauffällig     auffällig

### Erläuterungen

ggf.fyn. Befunde (Vulva, Vagina, Portio); Diagnosen; sonstige Anmerkungen

Ich wünsche folgende IGEL-Leistungen:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> konventioneller PAP-Abstrich    € 17,-<br><small>4851 x 1, x</small> | <input type="checkbox"/> ThinPrep®- Zytologisches Dünnschichtverfahren    € 25,-<br><small>4815 x 1, x</small>        |
| <input type="checkbox"/> HPV-mRNA-Nachweis    € 32,-<br><small>4783 x 1, x</small>            | <input type="checkbox"/> Chlamydien-DNA-Nachweis    € 30,-<br><small>4780 x 0,33 / 4783 x 0,2 / 4785 x 0,2, x</small> |

Mir ist bekannt, dass ich diese vorgenannten individuellen Gesundheitsleistungen privat nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu bezahlen habe, da diese Leistungen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören.

Mir ist weiterhin bekannt, dass ich gegenüber meiner gesetzlichen Krankenkasse keinen Anspruch auf Kostenerstattung noch Kostenbeteiligung habe. Eine Kopie dieser Erklärung habe ich erhalten.

Für die Abrechnung der oben stehenden Leistung erhalte ich nach erbrachter Leistung eine gesonderte Rechnung.