

Überweisungsschein

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

Kurativ Präventiv Behndl. gemäß § 116b SGB V bei belegärztl. Behandlung

Unfall Unfallfolgen Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Überweisung an _____

Ausführung von Auftragsleistungen Konsiliaruntersuchung Mit- / Weiterbehandlung

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Barcode
Praxis

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Muster 6 (10.2019)

UNTERSUCHUNGSaufTRAG ZYTOLOGIE



Letzte Regel

Letzte Zyto Gruppe

HPV positiv negativ

EILT!

UNTERSUCHUNGSaufTRAG KASSE / PRIVAT GKV - Kontrazeptiv

HPV – Untersuchung * *Kasse nur Screening p16 / Ki67 iFOBT

*Privat/IGel Typisierung HR/LR

Material	Klinische Angaben		Jahr der OP
<input type="checkbox"/> Portio / Cervix konventionell	<input type="checkbox"/> Mammasekret	<input type="checkbox"/> OVH	<input type="checkbox"/> HE total
<input type="checkbox"/> Portio / Cervix Dünnschicht	<input type="checkbox"/> Mammapunktat	<input type="checkbox"/> IUP /IUD	<input type="checkbox"/> HE supracervical
<input type="checkbox"/> Vagina	<input type="checkbox"/> Urin	<input type="checkbox"/> Gravidität	<input type="checkbox"/> Adnektomie
<input type="checkbox"/> Vulva	<input type="checkbox"/> Anal	<input type="checkbox"/> HRT	<input type="checkbox"/> Konisation
<input type="checkbox"/> Endometrium	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____	<input type="checkbox"/> Menopause	<input type="checkbox"/> Chemo / Radatio
		<input type="checkbox"/> Path. Blutungen	<input type="checkbox"/> Abrasio

HPV - Impfung
Jahr: _____ Impfstoff: _____
 CA - Anamnese, bitte eintragen

UNTERSUCHUNGSaufTRAG IGel-LEISTUNGEN

Ärztliche Leistungen	Ziffer	Honorar	Ärztliche Leistungen	Ziffer	Honorar
<input type="checkbox"/> Beratung einfach	1	10,00 €	<input type="checkbox"/> Beratung ausführlich	3	20,00 €
<input type="checkbox"/> Abstrichentnahme	297	6,00 €	<input type="checkbox"/> Kolposkopie	1070	9,00 €
<input type="checkbox"/> Abstrichentnahme für Dünnschicht	1105A	25,00 €			

Die Abrechnung der ärztlichen Leistungen erfolgt **ausschließlich** über die DAMA-Verrechnungsstelle, 50259 Pulheim

Zytologische Leistungen	Ziffer	Honorar	Zytologische Leistungen	Ziffer	Honorar
<input type="checkbox"/> Vorsorge 35+ Abstrich	4851	10,00 €	<input type="checkbox"/> HPV Typisierung	4783	30,00 €
<input type="checkbox"/> Portio / Cervix / Vaginal	4851	10,00 €	<input type="checkbox"/> Chlamydien	4783	30,00 €
<input type="checkbox"/> Dünnschichtzytologie	4815	25,00 €	<input type="checkbox"/> iFOBT	A3735	10,00 €

Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschte ärztliche und Laborleistung nicht zum Leistungskatalog meiner gesetzlichen Krankenkasse gehört und dass die Liquidation für diese Leistung auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt und von mir selbst zu zahlen ist. Ich erteile mein Einverständnis zur Übermittlung aller für die Abrechnung erforderlichen Daten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Diagnosen, Behandlungsdaten) an die DAMA-Verrechnungsstelle, 50259 Pulheim.

Ort und Datum _____ **X** _____
Unterschrift

