



# Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

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

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

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

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 10 (4.2024)

## UNTERSUCHUNGSauftrag ZYTOLOGIE



Letzte Regel     Letzte Zyto Gruppe \_\_\_\_\_    HPV  positiv     negativ     EILT!

**UNTERSUCHUNGSauftrag KASSE / PRIVAT**     GKV - Kontrazeptiv

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

\*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"/> Portio / Cervix Dünnschicht	<input type="checkbox"/> Mammapunktat	<input type="checkbox"/> IUP /IUD
<input type="checkbox"/> Vagina	<input type="checkbox"/> Urin	<input type="checkbox"/> Gravidität
<input type="checkbox"/> Vulva	<input type="checkbox"/> Anal	<input type="checkbox"/> HRT
<input type="checkbox"/> Endometrium	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____	<input type="checkbox"/> Menopause
		<input type="checkbox"/> Path. Blutungen
		<input type="checkbox"/> HE total
		<input type="checkbox"/> HE supracervical
		<input type="checkbox"/> Adnektomie
		<input type="checkbox"/> Konisation
		<input type="checkbox"/> Chemo / Radatio
		<input type="checkbox"/> Abrasio

HPV - Impfung    Jahr: \_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_

CA - Anamnese, bitte eintragen

### UNTERSUCHUNGSauftrag IGeL-LEISTUNGEN (NUR ANFORDERBAR FÜR KASSENPAZIENTEN)

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	38,00 €
<input type="checkbox"/> Portio / Cervix / Vaginal	4851	10,00 €			
<input type="checkbox"/> Dünnschichtzytologie	4815	25,00 €			

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 ✗ Unterschrift

