

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

Befund eilt, Übermittlung an Telefon Fax Nr. _____

Begutachtungsauftrag Gynäkologie IGeL



Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Geschlecht

Abnahmedatum Abnahmezeit

T T M M J J h h m m

SSW

Patientenerklärung über Individuelle Gesundheitsleistungen

Ich wünsche die Durchführung der vermerkten individuellen Leistungen als Heilbehandlung. Mir ist bekannt, dass diese von mir selbst zu tragen sind. Über Kosten und Umfang der Leistungen wurde ich ausführlich informiert. Die Liquidation erfolgt auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (1,0 GOÄ). Die Rechnung wird von der alphaomega Labor GbR erstellt und von mir selbst bezahlt. Die Auslagenpauschale wird nach §10 GOÄ mit **5,90 € (Ausnahme Dünnschichtzytologie mit 11,90 €)** berechnet. Alle Informationen zur Ihren gespeicherten Daten nach Art.13 u. 14 EU DSGVO finden Sie unter dem Link www.aolabor.de/datenschutz.

Ort, Datum Unterschrift Patient/in oder gesetzliche/r Vertreter/in

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Begutachtungsauftrag Gynäkologische Zytologie (IGeL)

Untersuchungsauftrag	GOÄ	Preis (1,0)	Faktor	Probe
<input type="checkbox"/> Beratung	1	4,66 €		Entnahmelokalisation <input type="checkbox"/> Portio/Zervix <input type="checkbox"/> Zervix <input type="checkbox"/> Portio <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Vulva <input type="checkbox"/> Endometrium
<input type="checkbox"/> Eingehende Beratung	3	8,74 €		
<input type="checkbox"/> Materialentnahme HPV	298	2,33 €		
<input type="checkbox"/> Materialentnahme Zytologie	297	2,62 €		
<input type="checkbox"/> Zytologische Untersuchung konventionell	4851	13,64 €		
<input type="checkbox"/> Zytologische Untersuchung Dünnschichtverfahren	4815a	20,40 €		
<input type="checkbox"/> HPV-Testung	4783 4785	46,63 €		
<input type="checkbox"/> Zytologische Untersuchung + ggf. HPV-Testung Bei ≥ PAPIp/g folgt HPV-Typisierung als Reflextestung	4815a ggf. 4783 4785	20,40 € ggf. 46,63 €		
<input type="checkbox"/> HPV-Testung + ggf. Zytologie Bei positivem HPV-Resultat folgt automatisch eine zytologische Untersuchung	4783 4785 ggf. 4815a	46,63 € ggf. 20,40 €		

Indikation und Klinische Angaben

Datum letzte Periode: _____ Partus _____

Periode regelmäßig _____ Datum Bestrahlung/Chemotherapie: _____

Periode unregelmäßig _____ Hysterektomie _____

Klimakterium seit: _____ Ovulationshemmer/Hormonbehdl./IUD _____

Gravidität _____ HPV-Impfung _____

Sonstiges _____

O unauffällig

E Entzündung

T Blut bei Berührung

P Polyp

M Suspekter Bezirk

L Blutung aus CK

Ca

Begutachtungsauftrag Gynäkologische Histologie (IGeL)

Untersuchungsauftrag	GOÄ	Preis
<input type="checkbox"/> Histologie eines Körpermaterials	4802 4815	37,25 €* * Preis pro Untersuchungsmaterial

Nur von Pathologie auszufüllen

Diagnose/Vorerkrankungen/Indikation/Zusatzinformation

Nr. (Probe)	Materialart	Entnahmeort	Bemerkung
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

