



# Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

Kurativ   
  Präventiv   
  bei belegärztl. Behandlung   
  Unfall, Unfallfolgen

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status

Betriebsstätten-Nr.    Arzt-Nr.    Datum

**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

**Eintrag nur bei Weiterüberweisung!**

Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers    Arzt-Nr. des Erstveranlassers

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



## Begutachtungsauftrag Gynäkologische Zytologie (GKV)

**Untersuchungsauftrag**

zytologische Untersuchung

HPV-Testung

Zytologische Untersuchung + ggf. HPV-Testung  
Bei ≥ PAPIp/g folgt HPV-Typisierung als Reflextestung

HPV-Testung + ggf. Zytologie  
Bei positivem HPV-Resultat folgt automatisch eine zytologische Untersuchung

Kolposkopie (im Rahmen der Abklärungsdiagnostik gemäß oKFE-RL)

**Probe**

**Bitte verwenden Sie für alle aufgeführten Untersuchungen ausschließlich Dünnschichtpräparate.**

**Entnahmelokalisation**

Portio/Zervix     Vulva     Vagina

Portio     Zervix     Endometrium

**Indikation und Klinische Angaben**

Datum letzte Periode: \_\_\_\_\_  O

Periode regelmäßig  E

Periode unregelmäßig  T

Klimakterium seit: \_\_\_\_\_  P

Gravidität  M

Partus  L

Hysterektomie  Ca

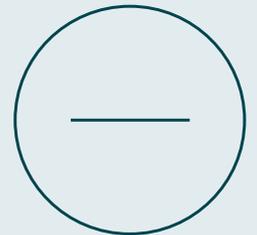
Datum Bestrahlung/Chemotherapie: \_\_\_\_\_  unauffällig

Ovulationshemmer/ Hormonbehandlung/IUD  Entzündung

HPV-Impfung  Blut bei Berührung

Sonstiges  Polyp

Blutung aus CK  suspekter Bezirk



O-Originär | E-Ektopie | T-Transformationszone | P-Punktierung | M-Mosaik | L-Leukoplakie | Ca-Karzinom

# Begutachtungsauftrag | Gynäkologische Histologie

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

## Bemerkung

---

---

---

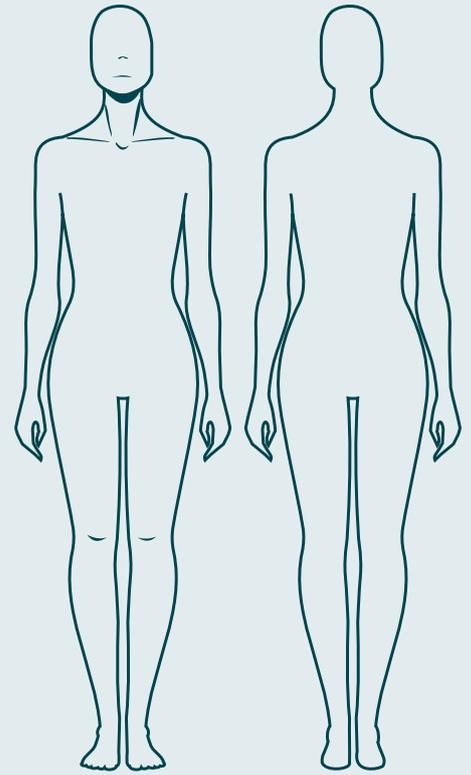
---

---

---

---

---



**Nur von Pathologie auszufüllen**

---

---