

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

Begutachtungsauftrag Gynäkologie PRIVAT

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

Befund eilt, Übermittlung an Telefon Fax Nr. _____

Patientenerklärung

Ich wünsche die Durchführung der vermerkten 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 (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 (PRIVAT)

Untersuchungsauftrag	GOÄ	Preis Regelhöchstsatz
<input type="checkbox"/> Zytologische Untersuchung Dünnschichtverfahren	4815a	46,92 €
<input type="checkbox"/> HPV-Testung	4780 4783 4785	113,96 €
<input type="checkbox"/> Zytologische Untersuchung + ggf. HPV-Testung Bei ≥ PAPIp/g folgt HPV-Typisierung als Reflextestung	4815a ggf. 4780 4783 4785	46,92 € ggf. 113,96 €
<input type="checkbox"/> HPV-Testung + ggf. Zytologie Bei positivem HPV-Resultat folgt automatisch eine zytologische Untersuchung	4780 4783 4785 ggf. 4815a	113,96 € ggf. 46,92 €
<input checked="" type="checkbox"/> Ausführlicher schriftlicher Befundbericht (1,0)	75	7,58 €

Probe

Bitte verwenden Sie für alle aufgeführten Untersuchungen ausschließlich Dünnschichtpräparate.

Entnahmelokalisation

Portio/Zervix Zervix

Portio Vagina

Vulva Endometrium

Indikation und Klinische Angaben

Datum letzte Periode: _____ Partus _____

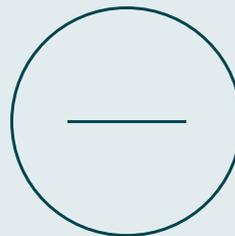
Periode regelmäßig _____ Datum Bestrahlung/Chemotherapie: _____

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

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

Begutachtungsauftrag Gynäkologische Histologie (PRIVAT)

Untersuchungsauftrag	GOÄ	Preis <small>Regelhöchstsatz</small>
<input type="checkbox"/> Allgemeine Histologie	4800	29,09 €*
<input type="checkbox"/> Sonderverfahren (Serienschnitt, Entkalkung)	4802	38,74 €*
<input type="checkbox"/> Sonderfärbung, Polarisation, Morphometrie	4815	46,92 €*
<input type="checkbox"/> Immunhistochemie (Doppelfärbung)	2 x 4815a	93,84 €*
<input checked="" type="checkbox"/> Ausführlicher schriftlicher Befundbericht (1,0)	75	7,58 €

Nur von Pathologie auszufüllen

* Preis pro Untersuchungsmaterial bzw. Untersuchungsaufwand

Diagnose/Vorerkrankungen/Indikation/Zusatzinformation

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

