

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

ambulant privat stationär

Schnellschnitt CITO-Befund Befund per Fax

Tel.: _____ Fax: _____

Begutachtungsauftrag für IVF – IGEL/ privat

Probenbarcode

Journal-Nr.: _____

Arztstempel / Unterschrift
Datum / Zeit der Entnahme: _____

Nur von Pathologie auszufüllen!	Zuschnitt / Färbung:	Immunfärbung + Sonderuntersuchung:	Annahme _____
		Sonstiges:	Zuschnitt _____
	Makroskopie:		Sonstiges _____

Material (Art, Entnahmeort etc.) / Fragestellung / Bemerkung:

I. _____

II. _____

III. _____

IV. _____

Klinische Diagnose / Vorerkrankungen / Zusatzinformationen / Para / Gravida / Aborte / IVF-Zyklen:

Begleitangaben:

Natürlicher Zyklus Künstlicher Zyklus, ggf. Präparatename:

_____/ Zyklustag _____/ ggf. Tage nach Ovulation _____/ 1. Tag der letzten Periode

rezidivierende Aborten (RSA) Implantationsversagen (RIF)

Vorherige Untersuchung: auswärts bei uns, ggf. J-Nr. _____

Befundkopie an: _____

Bitte ankreuzen:

Gewünschte Untersuchung

Histologische Zyklustagbestimmung (H&E)

Zytologische Untersuchung (Hormonstatus)

Biomarker für RSA/ RIF

uterine natürliche Killerzellen (CD56)

uterine Plasmazellen (CD138)

Seneszenz Marker (p16)

Nachweis von Makrophagen (CD68)

Bitte stellen Sie Folgendes bereit:

Mikrofotografie

digitalen Objektträger für die Gesundheitsakte (WSI)

sonstiges,.....

Preise pro Material/ Objektträger/ Färbung/ Antikörper:

IVF-Untersuchungen

Allgemeine Histologie	12,65 €	Mikrofotografie/ digitaler Objektträger	15 / 25 €
Sonderverfahren (z.B. Serienschnitte)	16,85 €	Immunhistochemie	40,80 €
Sonderfärbung, Polarisation, Morphometrie	20,40 €	HPV-Testung	70 €
		Zytologie (Monolayer)	25 €

* Auslagen, wie Versandpauschale und Porto, berechnen wie wir gemäß § 10 Abs. 1 GOÄ / Gültig ab 01.07.2022, b.a.W., aktuelle Preise auf Nachfrage

Ich wurde durch den behandelnden Arzt über die medizinische Notwendigkeit der Durchführung o.g. Untersuchung informiert. Die erbrachte Leistung wird mir nach der aktuell gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung gestellt. Mit meiner Unterschrift erkläre hierzu mein Einverständnis.

Datum _____

Unterschrift Patient _____