

# Begutachtungsauftrag Gyn.-Zytologie Privat/IGeL

|                                |                  |        |
|--------------------------------|------------------|--------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger |                  |        |
| Name, Vorname des Versicherten |                  |        |
| geb.am                         |                  |        |
| Kostenträgerkennung.           | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr.            | Arzt-Nr.         | Datum  |

Auftragsnummer des Labors

# PKV /IGeL

Version 3

## Zytologischer Befund / Kombinationsbefund

Eingangsdatum

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

Endozervikale Zellen

vorhanden  nicht vorhanden

Proliferationsgrad \_\_\_\_\_

|  |                                     |                                      |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Döderleinflo  | <input type="checkbox"/> Mischflora | <input type="checkbox"/> Kokkenflora |
| <input type="checkbox"/> Trichomonaden | <input type="checkbox"/> Candida    | <input type="checkbox"/> Gardnerella |

Gruppe \_\_\_\_\_

HPV-HR-Testergebnis

positiv, wenn ja: Liegt HPV-Typ 16 oder HPV-Typ 18 vor?

ja  nein  nicht differenzierbar

negativ

nicht verwertbar

**Bemerkungen**

Alterskategorie

20-29 Jahre  30-34 Jahre  ab 35 Jahre

**Auftrag**  
(Bitte beachten Sie die Ausfüllhinweise für verschiedene Beauftragungsszenarien)

|   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Primär-Screening | <input type="checkbox"/> Abklärungsdiagnostik | <input type="checkbox"/> Ko-Testung (Zyt.+HPV) |
| <input type="checkbox"/> Zytologie        | <input type="checkbox"/> HPV-Test             | <input type="checkbox"/> CINTec                |

**Anamnese**  
Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?

nein  ja, zuletzt

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| M | M | J | J |
|---|---|---|---|

Gruppe \_\_\_\_\_

|   |   |
|---|---|
| <p>HPV-Impfung</p> <p><input type="checkbox"/> vollständig</p> <p><input type="checkbox"/> unvollständig</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> unklar</p> | <p>HPV-HR-Testergebnis</p> <p><input type="checkbox"/> liegt nicht vor</p> <p><input type="checkbox"/> liegt vor</p> <p><input type="checkbox"/> positiv</p> <p><input type="checkbox"/> negativ</p> <p><input type="checkbox"/> nicht verwertbar</p> |
|---|---|

Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales

nein  Welche? \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_

**Jetzt:**  
Letzte Periode

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

|  |   |
|--|---|
| Gravidität   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja               |
| Ausfluss / pathologische Blutungen   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja               |
| IUP  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja               |
| Einnahme von Ovulationshemmer / sonstige Hormonanwendung (ggf. bitte in Anmerkungen erläutern) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja               |
| Klinischer Befund  | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig |

**Erläuterungen** ggf. gyn. Befunde (Vulva, Vagina, Portio); Diagnosen; sonstige Anmerkungen

## Zusammenfassende Empfehlung

zytologische Kontrolle

nach Entzündungsbehandlung

nach Östrogenbehandlung

HPV-Test

Ko-test

Abklärungskolposkopie

Zeitraum

in \_\_\_\_\_ Monaten

sofort

Vertragsarztstempel / Unterschrift  
des zytologisch tätigen Arztes

Vertragsarztstempel / Unterschrift  
der/des Gynäkologin/-en

## Vereinbarung zur privatärztlichen Behandlung als individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

Ich wünsche durch meine/meinen behandelnde Gynäkologin/Gynäkologen die Gewinnung eines Abstrichs für die Zytologie und/oder Erregerdiagnostik durch das MVZHMD Trier GmbH die privatärztliche zytologische und ggf. molekulare Diagnostik für die folgenden individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL). **Die folgenden Kosten gelten ausschließlich für gesetzlich versicherte Patienten!**

### Kosten der jeweiligen Leistungen

| Untersuchung  | GOÄ-Ziffern x Steigerungssatz   | Leistung  | Kosten  | Auswahl<br><input checked="" type="checkbox"/> |     |      |       |      |       |  |        |     |     |     |     |     |     |     |     |  |  |                          |
|---|---|---|---------|--|-----|------|-------|------|-------|--|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|--|--------------------------|
| <b>Vorsorge-Zytologie, Beratung eingehend</b>         | 1 x 2,3<br>297 x 2,3<br>4851 x 1,0  | <b>Beratung</b><br>Abstrichentnahme zur <b>zytologischen Untersuchung</b><br><b>Zytologische Untersuchung</b> (Dünnschicht) zur Krebsdiagnostik, zuzüglich Auslagen gemäß §10, Abs. 1 GOÄ             | 26,75 € | <input type="checkbox"/>                       |     |      |       |      |       |  |        |     |     |     |     |     |     |     |     |  |  |                          |
| <b>CINtec plus®-Test</b>                              | 2x 4815A x 1,0  | <b>p16-Ki-67-Kombinationsimmunozytochemie</b> zur objektiven Dysplasie-Diagnostik   | 40,80 € | <input type="checkbox"/>                       |     |      |       |      |       |  |        |     |     |     |     |     |     |     |     |  |  |                          |
| <b>HPV- oder Chlamydien-Diagnostik</b>                | 1 x 2,3<br>298 x 2,3<br>4783 x 1,0<br>§10 Auslagen  | <b>Beratung</b><br>Abstrichentnahme zur <b>mikrobiologischen Untersuchung</b><br><b>Erregerdiagnostik:</b> PCR zur Detektion von humanen Papillomaviren (HPV-DNA-Test) oder von <b>Chlamydien-DNA</b> | 46,08   | <input type="checkbox"/>                       |     |      |       |      |       |  |        |     |     |     |     |     |     |     |     |  |  |                          |
| <b>HPV-Test</b>                                       | 4783 x 1,0<br>§10 Auslagen  | Analogabrechnung: PCR zur Detektion von humanen Papillomaviren ( <b>HPV-DNA-Test</b> )  | 30,00 € | <input type="checkbox"/>                       |     |      |       |      |       |  |        |     |     |     |     |     |     |     |     |  |  |                          |
| <b>Chlamydien-Test</b>                                | 4783 x 1,0<br>§10 Auslagen  | Analogabrechnung: PCR zur Detektion von <b>Chlamydien-DNA</b>   | 30,00 € | <input type="checkbox"/>                       |     |      |       |      |       |  |        |     |     |     |     |     |     |     |     |  |  |                          |
| <b>Alternativ GOÄ-Ziffern bitte Faktor/en angeben</b> | <table border="1"> <tr> <td>Ziffer</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>297</td> <td>298</td> <td>1070</td> <td>A1105</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Faktor</td> <td>___</td> <td>___</td> <td>___</td> <td>___</td> <td>___</td> <td>___</td> <td>___</td> <td>___</td> </tr> </table> | Ziffer  | 1       | 3  | 5   | 297  | 298   | 1070 | A1105 |  | Faktor | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ |  |  | <input type="checkbox"/> |
| Ziffer  | 1   | 3   | 5       | 297  | 298 | 1070 | A1105 |      |       |  |        |     |     |     |     |     |     |     |     |  |  |                          |
| Faktor  | ___   | ___   | ___     | ___  | ___ | ___  | ___   | ___  |       |  |        |     |     |     |     |     |     |     |     |  |  |                          |

### Einverständniserklärung:

Ich wurde darüber informiert, dass die hier aufgeführten ärztlichen Leistungen unter den vorliegenden Gegebenheiten nicht zum Leistungskatalog meiner gesetzlichen Krankenkasse gehören. Ich werde die Kosten der angeforderten Leistungen selbst tragen. Die Gebühren werden auf Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet.

Im Rahmen der Rechnungsstellung erfolgt eine Abtretung der Forderung an die PVS, über welche die Abrechnung erfolgt. **Ich bin damit einverstanden, dass alle zur Rechnungslegung erforderlichen Daten an die privatärztliche Verrechnungsstelle PVS Mosel-Saar, Metternichstr. 29a, 54292 Trier weitergegeben werden.** Die Mitarbeiter der PVS unterliegen - wie meine/mein Ärztin/Arzt selber - der Schweigepflicht und dem Datenschutzgesetz (incl. DGSVO). Die Einwilligung zur Weitergabe meiner Daten ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

Die Vereinbarung schließe ich auf meinen ausdrücklichen Wunsch, ich wurde nicht zu ihr gedrängt.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin zur **Einwilligung der Abrechnung** über die PVS Mosel-Saar

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin zur **Einwilligung zur Datenweitergabe** an die PVS Mosel-Saar



**MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM TRIER**  
**Histologie • Zytologie • Molekulare Diagnostik**



### MVZ für Histologie, Zytologie und Molekulare Diagnostik Trier GmbH

Ärztlicher Leiter/Geschäftsführer: Prof. Dr. med. Dr. phil. Jörg Kriegsmann · PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike Otto  
Geschäftsführer: Prof. Dr. med. Veit Krenn · Prof. Dr. med. Bernd Klosterhalfen

**Max-Planck-Str.5 · 54296 Trier · Postfach 2460 · 54214 Trier**

Tel.: 0651 / 99258320 · Fax: 0651 / 99258383 · Email: zytologie@patho-trier.de

### Materialannahme

Erfassen

Labor

CTA

Zytologe

### Leistungserfassung

(vom Pathologen / Zytologen auszufüllen)