

# 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 4

## Zytologischer Befund / Kombinationsbefund

Eingangsdatum

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

Endozervikale Zellen

vorhanden  nicht vorhanden

Proliferationsgrad \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Döderleinflo- ra	<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

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 \_\_\_\_\_

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

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

**Bemerkungen**

## 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 MVZH ZMD 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-Ziffer	Anzahl	Leistung	Steigerungssatz	Kosten	Auswahl			
<b>Leistungen des Gynäkologen</b>									
Beratung zur Untersuchung	1	1	Beratung	2,3	10,72 €	<input type="checkbox"/>			
Abstrichentnahme Zytologie	297	1	Entnahme/Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung	2,3	6,03 €	<input type="checkbox"/>			
Abstrichentnahme Erregerdiagnostik	298	1	Entnahme/Aufbereitung von Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung	2,3	5,36 €	<input type="checkbox"/>			
<b>Leistungen des zytopathologisch/molekularpathologisch tätigen Arztes</b>									
Zytologische Untersuchung	4851	1	Zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik, zuzüglich Ersatz von Auslagen für Zytologie gemäß §10, Abs. 1 GOÄ	1,0	10,00 €	<input type="checkbox"/>			
HPV-Test	4783 +Ausl.	1	Analogabrechnung: PCR zur Detektion von humanen Papillomaviren (HPV-DNA-Test)	1,0	30,00 €	<input type="checkbox"/>			
Chlamydien-Test	4783 +Ausl.	1	Analogabrechnung: PCR zur Detektion von Chlamydien-DNA	1,0	30,00 €	<input type="checkbox"/>			
CINtec plus-Test	4815A	2	p16-Ki-67-Kombinationsimmunzytochemie	1,0	40,80 €	<input type="checkbox"/>			
Alternativ GOÄ-Ziffern bitte Faktor/en angeben	Ziffer	1	3	5	297	298	1070	A1105	<input type="checkbox"/>
	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. DSGVO). 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)