Begutachtungsauftrag Dermatopathologie-HPV IGeL

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb.am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Quartal

☐ Kurativ ☐ Präventiv ☐ Behandl. gemäß §116 b SGB V ☐ bei belegärztl. Behandlung

Geschlecht

☐ Unfall Unfallfolgen — Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Überweisung an

AU bis

☐ Ausführung von Auftragsleistungen ☐ Konsilar-untersuchungen ☐ Mit-/Weiter-behandlung

☐ eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V

Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung

Hautkrebsscreening ☐

MVZ TRIER
Histologie • Zytologie
Molekulare Diagnostik

Auftrag – Material (Art, Entnahme, Anzahl etc.)

Bilddokumentation auf der Rückseite ➡ b.w.

1. Curettage ☐ PE ☐ Totalex ☐

2. Curettage ☐ PE ☐ Totalex ☐

DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle D-IS-21311-01-00

Vereinbarung zur privatärztlichen Behandlung als individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

ich bin bei der o.g. gesetzlichen Krankenkasse versichert und bitte, die unten aufgeführte Untersuchung bei mir durchzuführen und privat zu berechnen. Ich bin mit der Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) einverstanden. Mir ist bekannt, dass meine gesetzliche Krankenkasse nicht verpflichtet ist, eine medizinisch sinnvolle, aber nicht zwingend notwendige Leistungen vollständig oder teilweise zu erstatten.

Kosten der Untersuchung

Untersuchung	GOÄ-Ziffer	Leistung	Steigerungssatz	Kosten
feingewebliche Untersuchung der Haut	4802	histologische Untersuchung (je Material, **bis zu einer Größe von 0,5 cm**)	1,0	16,85 €
		histologische Untersuchung (je Material, **größer als 0,5 cm**	2,0	33,70 €
Sach- und Portokosten	§10 GOÄ	Versandgefäße, Einsendescheines, Verbandmaterial nach P450, Porto	1,0	8,22 €
		Rechnungsbetrag <0,5cm Rechnungsbetrag >0,5cm		25,07 € 41,92 €

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.

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

Zur Rechnungsstellung ist selbstverständlich die Weitergabe meiner Daten an das MVZHZMD Trier GmbH notwendig. Die dort tätigen Ärzte sind gesetzlich der Vertraulichkeit verpflichtet. Sie und ihr Personal erfüllen alle Anforderungen der DSGVO.

Ort/Datum

Unterschrift Patientin zur **Einwilligung der Abrechnung**

Unterschrift Patientin zur **Einwilligung zur Datenweitergabe**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Materialannahme
Erfassen
Zuschnitt
Labor
Pathologe

Blöcke
Ausstriche
HPV-PCR

Entkalkung
Restmaterial

Eilbefund ☐
Befund per Fax ☐
Faxnummer: _____
Telefon: _____

MVZ für Histologie, Zytologie und Molekulare Diagnostik Trier GmbH

Ärztlicher Leiter/Geschäftsführer: PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike Otto · Prof. Dr. med. Veit Krenn
Geschäftsführer: Prof. Dr. med. Dr. phil. Jörg Kriegsmann · Prof. Dr. med. Bernd Klosterhalfen
Max-Planck-Str. 5 · 54296 Trier · Postfach 2460 · 54214 Trier
Tel.: 0651 / 99258320 · Fax: 0651 / 99258383 · Email: praxis@patho-trier.de
Hotline für Transportdienstleistungen Tel.: 0800 / 1110012

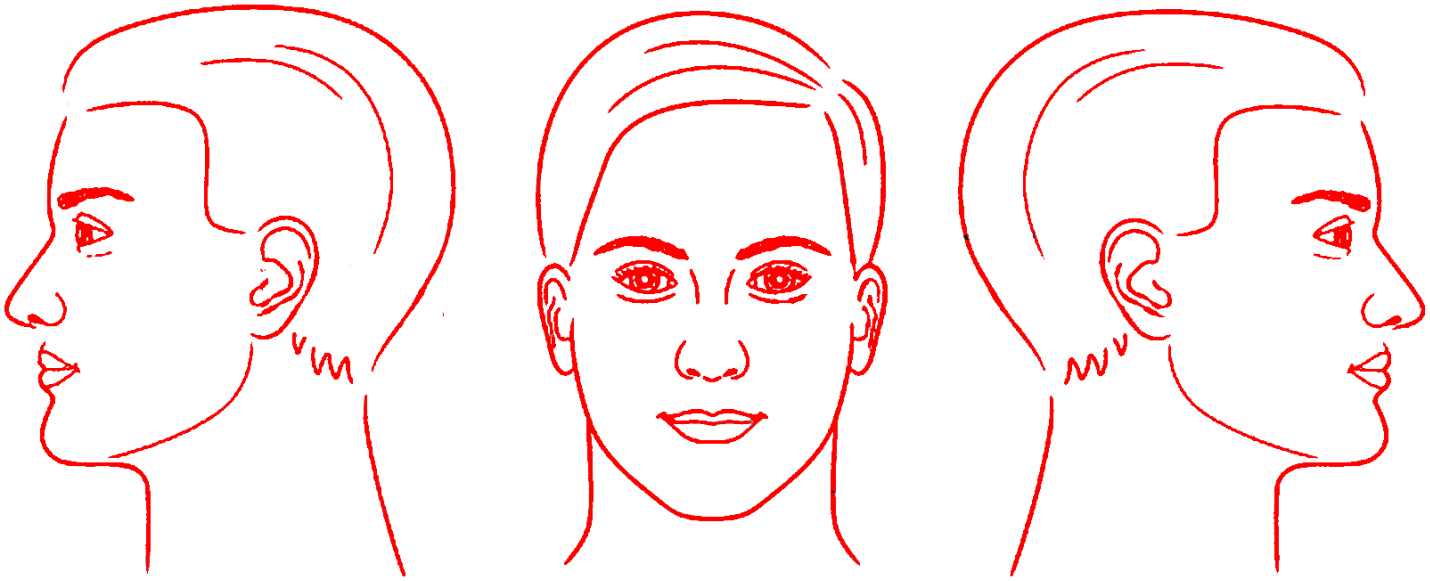
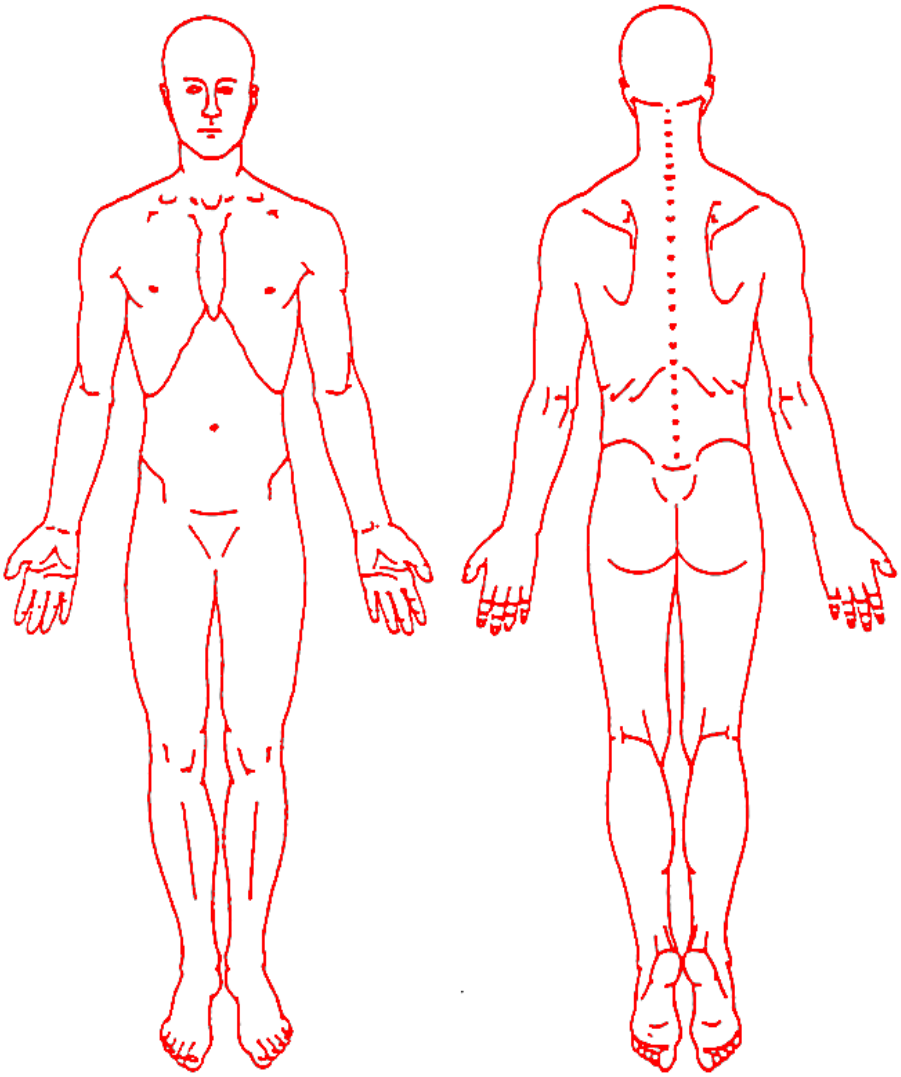
Leistungserfassung:
(vom Pathologen auszufüllen)

IGeL

Angaben Histo:
(vom Pathologen auszufüllen)

Eingangs-Datum
(vom Pathologen auszufüllen)

Barcode
MVZHZMD Trier GmbH



Bitte jede Entnahmelokalisation mit Nr. einzeichnen!