

Begutachtungsauftrag Dermatopathologie-HPV IGeL

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

Quartal

<input type="checkbox"/> Kurativ	<input type="checkbox"/> Präventiv	<input type="checkbox"/> Behndl. gemäß §116 b SGB V	<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Überweisung an <input type="text"/>					
<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	<input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchungen	<input type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung	AU bis <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V					

Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung

Hautkrebscreening <input type="checkbox"/>

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

Bilddokumentation auf der Rückseite → b.w.

1.	Curettage <input type="checkbox"/>	PE <input type="checkbox"/>	Totalex <input type="checkbox"/>
2.	Curettage <input type="checkbox"/>	PE <input type="checkbox"/>	Totalex <input type="checkbox"/>

MVZ TRIER
Histologie • Zytologie
Molekulare Diagnostik



Vereinbarung zur privatärztlichen Behandlung als individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

Ich wünsche durch meine/meinen behandelnden Arzt/Ärztin die Übersendung von Gewebe/Zellen an das MVZHZMD Trier GmbH für die privatärztliche HPV-Diagnostik. **Die folgenden Kosten gelten ausschließlich für gesetzlich versicherte Patienten!**

Kosten der Untersuchung

Untersuchung	GOÄ-Ziffer	Anzahl	Leistung	Steigerungssatz	Kosten	Auswahl <input checked="" type="checkbox"/>
HPV-Test	4783 +Ausl.	1	Analogabrechnung: PCR-Nachweis von humanen Papillomaviren (HPV-DNA-Test)	1,0	30,00 €	<input type="checkbox"/>

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	
Eingangs-Datum <small>(vom Pathologen auszufüllen)</small>	

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

FB · Anlage 35_2.28 BGA HPV-IGeL · Haut 211020

Angaben Histo:
(vom Pathologen auszufüllen)