

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 1

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

vollständig

unvollständig

keine

unklar

HPV-HR-Testergebnis

liegt nicht vor

liegt vor

positiv

negativ

nicht verwertbar

Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales

nein Welche? _____

Wann? _____

Jetzt:

Letzte Periode

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

Gravidität

nein ja

Ausfluss / pathologische Blutungen

nein ja

IUP

nein ja

Einnahme von Ovulationshemmer / sonstige Hormonanwendung (ggf. bitte in Anmerkungen erläutern)

Klinischer Befund unauffällig auffällig

Bemerkungen

Zusammenfassende Empfehlung

zytologische Kontrolle

nach Entzündungsbehandlung

nach Östrogenbehandlung

HPV-Test

Ko-test

Abklärungskolposkopie

Zeitraum

in _____ Monaten

sofort

Vertragsarztstempel / Unterschrift des zytologisch tätigen Arztes

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

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 MVZHZMD 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 Anzahl x Steigerungssatz	Leistung	Summe	Auswahl <input type="checkbox"/>					
Vorsorge-Zytologie, Beratung kurz	1 x 1 x 1,8 297 x 1 x 2,3 4851 x 1 x 1,0	Beratung – kurz Abstrichentnahme zur zytologischen Untersuchung Zytologische Untersuchung (Dünnschicht) zur Krebsdiagnostik, zuzüglich Auslagen gemäß §10, Abs. 1 GOÄ	24,42 €	<input type="checkbox"/>					
Vorsorge-Zytologie, Beratung eingehend	1 x 1 x 2,3 297 x 1 x 2,3 4851 x 1 x 1,0	Beratung – eingehend Abstrichentnahme zur zytologischen Untersuchung Zytologische Untersuchung (Dünnschicht) zur Krebsdiagnostik, zuzüglich Auslagen gemäß §10, Abs. 1 GOÄ	26,75 €	<input type="checkbox"/>					
HPV-Test	4872A x 1 x 0,264	Analogabrechnung: PCR zur Detektion von humanen Papillomaviren (HPV-DNA-Test)	30,00 €	<input type="checkbox"/>					
Chlamydien-Test	4872A x 1 x 0,264	Analogabrechnung: PCR zur Detektion von Chlamydien-DNA	30,00 €	<input type="checkbox"/>					
CINtec plus-Test	4815A x 2 x 1,0	p16-Ki-67- Kombinationsimmunzytochemie zur objektiven Dysplasie-Diagnostik	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. 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: 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: zytologie@patho-trier.de

Materialannahme

Erfassen

Labor

CTA

Zytologe

Leistungserfassung

(vom Pathologen / Zytologen auszufüllen)