

# Begutachtungsauftrag Gyn.-Zytologie 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 5

## Zytologischer Befund / Kombinationsbefund

Eingangsdatum

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

Endozervikale Zellen

vorhanden  nicht vorhanden

Proliferationsgrad \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Döderleinflora	<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

**Bemerkungen**

## Zusammenfassende Empfehlung

zytologische Kontrolle

nach Entzündungsbehandlung

nach Östrogenbehandlung

HPV-Test

Ko-test

Abklärungskolposkopie

Vertragsarztstempel / Unterschrift des zytologisch tätigen Arztes

Zeitraum

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

sofort

Vertragsarztstempel / Unterschrift der/des Gynäkologin/-en

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

**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 Patientinnen!**

**Kosten der jeweiligen Leistungen**

Untersuchung	GOÄ-Ziffer	Anzahl	Leistung	Steigerungssatz	Kosten	Auswahl <input type="checkbox"/>
<b>Leistungen des zytopathologisch/molekularpathologisch tätigen Arztes</b>						
Thin-Prep-Abstrich	4815A	1	Analogabrechnung: Durchführung einer flüssigkeitsgestützten Dünnschichtzytologie	1	20,40 €	<input type="checkbox"/>
HPV-Test	4783 §10 Auslagen	1	Amplifikation von Nukleinsäuren mittels PCR zur Detektion von humanen Papillomaviren (HPV-DNA-Test)	1	30,00 €	<input type="checkbox"/>
CINtec plus®-Test	4815A	2	Analogabrechnung: p16-Ki-67 Kombinations-immunzytochemie zur objektiven Dysplasie-Diagnostik	1	40,80 €	<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.

Datum

Unterschrift Patientin zur **Einwilligung in die Abrechnung**



**MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM TRIER**

**Histologie • Zytologie • Molekulare Diagnostik**




<p><b>MVZ für Histologie, Zytologie und Molekulare Diagnostik Trier GmbH</b>                  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  <b>Max-Planck-Str.5 · 54296 Trier · Postfach 2460 · 54214 Trier</b>                  Tel.: 0651 / 99258320 · Fax: 0651 / 99258383 · Email: zytologie@patho-trier.de</p>	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr><td style="text-align: center;"><b>Materialannahme</b></td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><b>Erfassen</b></td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><b>Labor</b></td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><b>CTA</b></td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><b>Zytologe</b></td></tr> </table>	<b>Materialannahme</b>	<b>Erfassen</b>	<b>Labor</b>	<b>CTA</b>	<b>Zytologe</b>
<b>Materialannahme</b>						
<b>Erfassen</b>						
<b>Labor</b>						
<b>CTA</b>						
<b>Zytologe</b>						
<p><b>Leistungserfassung</b>                  (vom Pathologen / Zytologen auszufüllen)</p>						