

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

# Begutachtungsauftrag Gyn.-Zytologie IGeL

Auftragsnummer des Labors

# PKV / IGeL Version 7

### Alterskategorie

20-29 Jahre    
  30-34 Jahre    
  ab 35 Jahre

### Auftrag

(Bitte beachten Sie die Ausfüllhinweise für verschiedene Beauftragungsszenarien)

Primär-Screening    
  Abklärungsdiagnostik    
  Ko-Testung (Zyt.+HPV)  
 Zytologie    
 HPV-Test    
 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

IUP

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

Klinischer Befund    
 unauffällig    
 auffällig

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

## Zytologischer Befund / Kombinationsbefund

Eingangsdatum

T T M M J J

Endozervikale Zellen

vorhanden    
 nicht vorhanden

Proliferationsgrad \_\_\_\_\_

Döderleinfloa    
 Mischflora    
 Kokkenflora  
 Trichomonaden    
 Candida    
 Gardnerella

Gruppe \_\_\_\_\_

HPV-HR-Testergebnis

positiv, wenn ja: Liegt HPV-Typ 16 oder HPV-Typ 18 vor?  
 ja    
 nein    
 nicht differenzierbar  
 negativ  
 nicht verwertbar

## 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 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 checked="" type="checkbox"/>
<b>Leistungen des zytopathologisch/molekularpathologisch tätigen Arztes</b>						
Thin-Prep-Abstrich	4815A	1	Analogabrechnung: Durchführung einer flüssigkeitsgestützten Dünnschichtzytologie	1,171	23,89 €	<input type="checkbox"/>
HPV-Test	4872A	1	Analogabrechnung: PCR zur Detektion von humanen Papillomaviren (HR HPV-DNA-Test)	0,264	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.

Datum

Unterschrift Patientin zur **Einwilligung in die Abrechnung**



**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)