

# 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 8

## 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

**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

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
---	---	---	---	---	---

nein  ja

Gravidität  nein  ja

Ausfluss / pathologische Blutungen  nein  ja

IUP  nein  ja

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

Klinischer Befund  unauffällig  auffällig

**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 MVZH ZMD 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>						
Konventioneller Zervix Abstrich	4851	1	Zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik	1,319	10,00 €	<input type="checkbox"/>
Thin-Prep-Abstrich	4815A	1	Analogabrechnung: Durchführung einer flüssigkeitsgestützten Dünnschichtzytologie	1,127	23,00 €	<input type="checkbox"/>
HPV-Test	4872A	1	Analogabrechnung: PCR zur Detektion von humanen Papillomaviren (HR HPV-DNA-Test)	0,30195	34,32 €	<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)