

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

Begutachtungsauftrag Gyn.-Zytologie Privat/IGeL

Auftragsnummer des Labors

PKV/IGeL

Zytologischer Befund / Kombinationsbefund

Eingangsdatum

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

Endozervikale Zellen

vorhanden nicht vorhanden

Proliferationsgrad

Döderleinflo-
 Trichomonaden

Mischflora
 Candida

Kokkenflora
 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)

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

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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/mein behandelnde Gynäkologin/Gynäkologen die Gewinnung eines Abstrichs für die Vorsorgezytologie und durch das MVZH ZMD Trier GmbH die privatärztliche zytologische und ggf. molekulare Diagnostik für die folgenden individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL). **Die folgenden Preise gelten ausschließlich für gesetzlich versicherte Patienten!**

Kosten der jeweiligen Leistungen

Untersuchung	GOÄ-Ziffer	Anzahl	Leistung	Steigerungssatz	Summe	Auswahl <input checked="" type="checkbox"/>
Krebsfrüherkennung Gebärmutterhalskrebs	27	1	Untersuchung einer Frau zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Brust, des Genitales, des Rektums und der Haut – einschließlich Erhebung der Anamnese, Abstrichentnahme zur zytologischen Untersuchung.	1,0	18,65 €	
zytologische Untersuchung	4851	1	Zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik als Durchmusterung der in zeitlichem Zusammenhang aus einem Untersuchungsgebiet gewonnenen Präparate (z.B. aus dem Genitale der Frau)	1,0	7,58 €	
Auslagen		1	Ersatz von Auslagen gemäß §10, Abs. 1 GOÄ		3,77 €	
			Summe Vorsorgezytologie		30,00 €	
HPV-Test	4872A	1	Analogabrechnung für: PCR zur Detektion des humanen Papillomavirus (HPV-Test)	0,264	30,00 €	<input type="checkbox"/>
Chlamydien-Test	4872A	1	Analogabrechnung für: PCR zur Detektion von Chlamydien	0,264	30,00 €	<input type="checkbox"/>

Die Gesamtkosten der individuellen Gesundheitsleistung (IGeL) betragen somit _____ €

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: Prof. Dr. med. Dr. phil. Jörg Kriegsmann · PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike Otto
Geschäftsführer: Prof. Dr. med. Veit Krenn · 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)