

# Begutachtungsauftrag Dermatopathologie-HPV IGeL

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

Quartal

Kurativ   
  Präventiv   
  Behandl. gemäß §116 b SGB V   
  bei belegärztl. Behandlung   

Unfall Unfallsfolgen   
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2   

Überweisung an

Ausführung von Auftragsleistungen   
  Konsiliar-untersuchungen   
  Mit-/Weiterbehandlung   
 AU bis

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V



**PATHOLOGIE TRIER**

Histologie. Zytologie. Molekulare Diagnostik.



## Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung

 Hautkrebsscreening

## Auftrag – Material (Art, Entnahme, Anzahl etc.)

Bilddokumentation auf der Rückseite ➡ b.w.

Exzision    Stanze    Shave    Curettage    Elektrokaustik

1.

2.

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

### Vereinbarung zur privatärztlichen Behandlung als individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

Ich wünsche durch meine/meinen behandelnden Arzt/Ärztin die Übersendung von Gewebe/Zellen an das MVZHZMD Trier GmbH für die privatärztliche HPV-Diagnostik. **Die folgenden Kosten gelten ausschließlich für gesetzlich versicherte Patienten!**

#### Kosten der Untersuchung

Untersuchung	GOÄ-Ziffer	Anzahl	Leistung	Steigerungssatz	Kosten	Auswahl <input checked="" type="checkbox"/>
HPV-Test	4783 +Ausl.	1	Analogabrechnung: PCR-Nachweis von humanen Papillomaviren (HPV-DNA-Test)	1,0	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.

Zur Rechnungsstellung ist selbstverständlich die Weitergabe meiner Daten an das MVZHZMD Trier GmbH notwendig. Die dort tätigen Ärzte sind gesetzlich der Vertraulichkeit verpflichtet. Sie und ihr Personal erfüllen alle Anforderungen der DSGVO.

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient zur **Einwilligung der Abrechnung** und zur **Datenweitergabe**

**Eilbefund**

**Befund per Fax**

**Faxnummer:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

### MVZ für Histologie, Zytologie und Molekulare Diagnostik Trier GmbH

Registernummer HRB 44346 · Amtsgericht Wittlich  
**Geschäftsführung:**  
 Prof. Dr. med. Bernd Klosterhalfen · Prof. Dr. med. Veit Krenn · Prof. Dr. med. Dr. phil. Jörg Kriegsmann  
 PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike Otto (Ärztlicher Leiter) · Dr. rer. nat. Petra Wandernoth  
**Max-Planck-Str. 5 · 54296 Trier · Postfach 2460 · 54214 Trier**  
 Tel.: 0651 / 948710 · Fax: 0651 / 948711234 · Email: praxis@patho-trier.de  
 Hotline für Transportdienstleistungen: 0800 / 1110012

<b>Materialannahme</b>	<input type="text"/>
<b>Erfassen</b>	<input type="text"/>
<b>Zuschnitt</b>	<input type="text"/>
<b>Labor</b>	<input type="text"/>
<b>Pathologe</b>	<input type="text"/>
<b>Blöcke</b>	<input type="text"/>
<b>Ausstriche</b>	<input type="text"/>
<b>HPV-PCR</b>	<input type="text"/>
<b>Entkalkung</b>	<input type="text"/>
<b>Restmaterial</b>	<input type="text"/>

#### Leistungserfassung:

(vom Pathologen auszufüllen)

#### Angaben Histo:

(vom Pathologen auszufüllen)

#### Eingangs-Datum

(vom Pathologen auszufüllen)

IGeL