

# Begutachtungsauftrag Dermatopathologie IGeL

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

Quartal

<input type="checkbox"/> Kurativ	<input type="checkbox"/> Präventiv	<input type="checkbox"/> Behandl. gemäß §116 b SGB V	<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Unfall Unfallsfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Überweisung an <input type="text"/>					
<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	<input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchungen	<input type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung	AU bis <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> 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.

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

ich bin bei der o.g. gesetzlichen Krankenkasse versichert und bitte, die unten aufgeführte Untersuchung bei mir durchzuführen und privat zu berechnen. Ich bin mit der Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) einverstanden. Mir ist bekannt, dass meine gesetzliche Krankenkasse nicht verpflichtet ist, eine medizinisch sinnvolle, aber nicht zwingend notwendige Leistungen vollständig oder teilweise zu erstatten.

#### Kosten der Untersuchung

Untersuchung	GOÄ-Ziffer	Leistung	Steigerungssatz	Kosten
feingewebliche Untersuchung der Haut	4802	histologische Untersuchung (je Material, bis zu einer Größe von 0,5 cm)	1,0	16,85 €
		histologische Untersuchung (je Material, größer als 0,5 cm)	2,0	33,70 €
Sach- und Portokosten	§10 GOÄ	Versandgefäße, Einsendescheines, Verbandmaterial nach P450, Porto	1,0	8,22 €
		Rechnungsbetrag <0,5cm		25,07 €
		Rechnungsbetrag >0,5cm		41,92 €

#### 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 MVZHMD 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. 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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

<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)

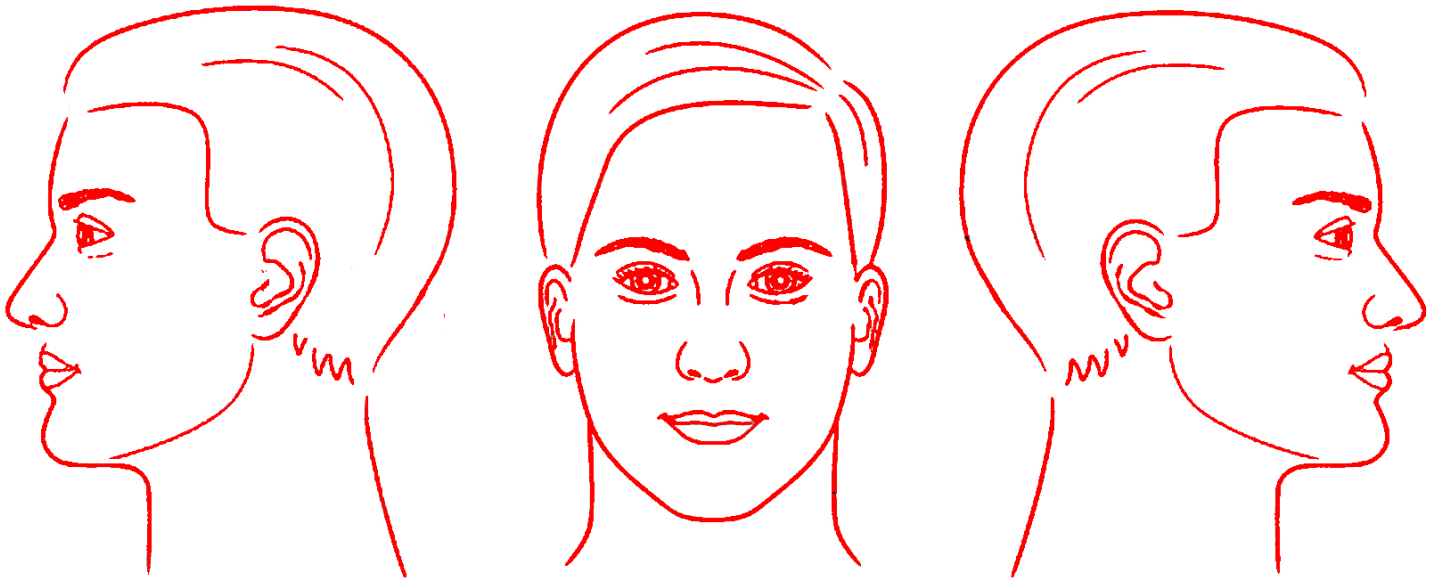
### Angaben Histo:

(vom Pathologen auszufüllen)

### Eingangs-Datum

(vom Pathologen auszufüllen)

IGeL



Bitte jede Entnahmelokalisation mit Nr. einzeichnen!

