

# Begutachtungsauftrag Dermatopathologie-HPV 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

 Hautkrebscreening

## 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 Patientin zur **Einwilligung der Abrechnung**

Unterschrift Patientin zur **Einwilligung zur Datenweitergabe**

**Eilbefund**

**Befund per Fax**

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

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

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

Registernummer HRB 44346 · Amtsgericht Wittlich  
**Ärztliche Leiter:**  
 Prof. Dr. med. Torsten Hansen · PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike Otto  
**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 · Dr. rer. nat. Petra Wandernoth (Sprecherin der Geschäftsführung)  
**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