

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 Konsiliaruntersuchungen Mit-/Weiterbehandlung

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V

Geschlecht

AU bis



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

Materialannahme

Erfassen

Zuschnitt

Labor

Pathologe

Blöcke

Ausstriche

HPV-PCR

Entkalkung

Restmaterial

Leistungserfassung:

(vom Pathologen auszufüllen)

Angaben Histo:

(vom Pathologen auszufüllen)

Eingangs-Datum

(vom Pathologen auszufüllen)

IGeL