

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

Privat/Kurativ/IGeL

Auftragsnummer des Labors



Alterskategorie

☐ unter 20 Jahre	☐ 20-29 Jahre	☐ 30-34 Jahre	☐ ab 35 Jahre
---	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Anamnese

Wurde bereits eine zytologische Untersuchung durchgeführt?

☐ nein	☐ ja, zuletzt	MMJJ
-------------------------------	--------------------------------------	------

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	☐ ja	Welche? _____
-------------------------------	-----------------------------	---------------

Wann? _____

Jetzt:

Letzte Periode	TTMMJJ
----------------	--------

nein

ja

Gravidität

☐☐

Ausfluss

☐☐

pathologische Blutung

☐☐

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

Ausfertigung für den untersuchenden Arzt

MVZ Institut für Pathologie, Dermatopathologie, Zytologie und Molekularpathologie
UGP

35435 Wettenberg, Tel.: 0641/7954885,
35578 Wetzlar, Tel.: 06441/76510,
65549 Limburg, Tel.: 06431/93960,
36229 Bad Hersfeld, Tel.: 06621/88921422,
60313 Frankfurt, Tel.: 069/92881766,

Fax: 7954954
Fax: 77199
Fax: 23304
Fax: 881407
Fax: 294927

Zytologischer Befund / Kombinationsbefund

Eingangsdatum

TTMMJJ

Endozervikale Zellen

☐ vorhanden☐ nicht vorhanden

Proliferationsgrad _____

☐

Döderleinflora

☐

Mischflora

☐

Kokkenflora

☐

Trichomonaden

☐

Candida

☐

Gardnerella

Gruppe _____

HPV-HR-Testergebnis

☐

positiv, wenn ja: Liegt HPV-Typ 16 oder HPV-Typ 18 vor?

☐ ja☐ nein☐

nicht differenzierbar

☐

negativ

☐

nicht verwertbar

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 des Arztes