

Geltungsbereich: <b>Pathologie</b>	<b>Formular</b> <b>Untersuchungsantrag Gynäkologie - Zytologie</b>	<b>Klinikverbund Südwest</b> ID-Nummer: D3425
<b>Institut für Pathologie</b> <b>MVZ Böblingen</b> Bunsenstr. 120 71032 Böblingen	Dr. med. I. Dostler Dr. med. P. Rieping Dr. med. (Univ. Skopje) T. Tashkova Kirkovska <a href="mailto:pathologie@klinikverbund-suedwest.de">pathologie@klinikverbund-suedwest.de</a>	<b>Telefonnr. 07031 / 668-22588</b> <b>oder -22597</b> <b>Faxnr. 07031 / 668-22894</b>

<b>Einsenderadresse</b>  < Anrede > < Vorname > < Nachname > < Abteilung > Station:  < Strasse - Haus-Nr.> <PLZ> < Ort >
--

<b>Patientendaten</b> <small>(bitte Patientenaufkleber verwenden, falls zur Hand)</small>
<b>Ambulant</b> <input type="checkbox"/> Ü-Schein <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> AOP <input type="checkbox"/> IGEL <input type="checkbox"/> ASV
<b>Stationär</b> <input type="checkbox"/> Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> IGEL

<b>Klinische Diagnose:</b>		
<b>Durchführung einer HPV-Diagnostik (PCR) gewünscht</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>Anamnese</b> Zyklus ..... Letzte Periode ..... Menopause <input type="checkbox"/> Geburten <input type="checkbox"/> Gravidität <input type="checkbox"/>  Hormonbehandlung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche IUP <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche	<b>Gyn. Operationen</b> Z.n. Konisation <input type="checkbox"/> Uterusentfernung <input type="checkbox"/> Supravaginale Uterusamputation <input type="checkbox"/> Entf. der Ovarien <input type="checkbox"/> Z.n. Bestrahlung <input type="checkbox"/> Andere: -	<b>Kolposkop. Befund</b> Originär <input type="checkbox"/> Ektopie <input type="checkbox"/> Leukoplakie <input type="checkbox"/> Jodprobe <input type="checkbox"/> major changes <input type="checkbox"/> minor changes <input type="checkbox"/>
<b>Zytologischer Befund</b> Endoz. Zellen <input type="checkbox"/> Leuko- / Lymphozyten <input type="checkbox"/> Erythrozyten <input type="checkbox"/> Makrophagen <input type="checkbox"/> Zytolyse <input type="checkbox"/> Döderleinflora <input type="checkbox"/> Mischflora <input type="checkbox"/> Kokkenflora <input type="checkbox"/> Mykose <input type="checkbox"/> Gardnerella <input type="checkbox"/> Trichomonaden <input type="checkbox"/>	<b>Qualität des Abstrichs</b> 1. ausreichend <input type="checkbox"/> 2. bedingt ausreichend <input type="checkbox"/> 3. nicht ausreichend <input type="checkbox"/> a. zu wenig Zellmaterial <input type="checkbox"/> b. unzureichende Fixierung <input type="checkbox"/> c. schwere degenerative Zellveränderungen <input type="checkbox"/> d. starke Entzündung <input type="checkbox"/> e. stark blutiger Abstrich <input type="checkbox"/> f. starke Zellüberlagerungen <input type="checkbox"/> g. keine endozervikalen Zellen <input type="checkbox"/>	
Proliferationsgrad: .....		
<b>GRUPPE:</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>		
zytologische Kontrolle: <input type="checkbox"/> _____ histologische Abklärung: <input type="checkbox"/> _____ Zellmaterial nicht verwertbar <input type="checkbox"/> _____		
<b>Bemerkungen :</b>		

**Einsendender Arzt / Ärztin :** \_\_\_\_\_ **Datum / Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**Tel.-Nr. für Rückfragen:** \_\_\_\_\_