

Geltungsbereich: Pathologie	Formular Untersuchungsantrag Gynäkologie - Zytologie	Klinikverbund Südwest ID-Nummer: D3425
---------------------------------------	---	--

Institut für Pathologie Telefonnr. 07031 / 668-22588 MVZ Böblingen	Dr. med. I. Dostler Dr. med. P. Riebing
---	--

Einsenderadresse

< Anrede >

< Vorname > < Nachname >

< Abteilung >

Station:

< Strasse - Haus-Nr.>

<PLZ> < Ort >

Patientendaten (bitte Patientenaufkleber verwenden, falls zur Hand)

Ambulant	<input type="checkbox"/> Ü-Schein	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> AOP
<input type="checkbox"/> IGEL	<input type="checkbox"/> ASV		

Stationär	<input type="checkbox"/> Kasse	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> IGEL
------------------	--------------------------------	---------------------------------	-------------------------------

Klinische Diagnose:

Durchführung einer HPV-Diagnostik (PCR) gewünscht
 ja nein

<p>Anamnese</p> <p>Zyklus</p> <p>Letzte Periode <input type="checkbox"/></p> <p>Menopause <input type="checkbox"/></p> <p>Geburten <input type="checkbox"/></p> <p>Gravidität <input type="checkbox"/></p> <p>Hormonbehandlung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche</p> <p>IUP <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche</p>	<p>Gyn. Operationen</p> <p>Z.n. Konisation <input type="checkbox"/></p> <p>Uterusentfernung</p> <p>Supravaginale Uterusamputation</p> <p>Entf. der Ovarien</p> <p>Z.n. Bestrahlung</p> <p>Andere: -</p>	<p>Kolposkop. Befund</p> <p>Originär <input type="checkbox"/></p> <p>Ektopie <input type="checkbox"/></p> <p>Leukoplakie <input type="checkbox"/></p> <p>Jodprobe <input type="checkbox"/></p> <p>major changes <input type="checkbox"/></p> <p>minor changes <input type="checkbox"/></p>
--	--	---

<p>Zytologischer Befund</p> <p>Endoz. Zellen <input type="checkbox"/></p> <p>Leuko- / Lymphozyten <input type="checkbox"/></p> <p>Erythrozyten <input type="checkbox"/></p> <p>Makrophagen <input type="checkbox"/></p> <p>Zytolyse <input type="checkbox"/></p> <p>Döderleinflora <input type="checkbox"/></p> <p>Mischflora <input type="checkbox"/></p> <p>Kokkenflora <input type="checkbox"/></p> <p>Mykose <input type="checkbox"/></p> <p>Gardnerella <input type="checkbox"/></p> <p>Trichomonaden <input type="checkbox"/></p>	<p>Qualität des Abstrichs</p> <p>1. ausreichend <input type="checkbox"/></p> <p>2. bedingt ausreichend <input type="checkbox"/></p> <p>3. nicht ausreichend <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">a. zu wenig Zellmaterial <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">b. unzureichende Fixierung <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">c. schwere degenerative Zellveränderungen <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">d. starke Entzündung <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">e. stark blutiger Abstrich <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">f. starke Zellüberlagerungen <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">g. keine endozervikalen Zellen <input type="checkbox"/></p>
--	---

Proliferationsgrad:

GRUPPE:


zytologische Kontrolle: _____

histologische Abklärung: _____

Zellmaterial nicht verwertbar _____

Bemerkungen :

Verfasser: I. Dostler, T. Kocabay	Freigabe: Dostler, Irina	Gültig bis: 20.06.2023	Bestellnummer:
Gedruckt: 22.01.2024	Jeder Papierausdruck ist auf Aktualität zu prüfen.		Seite 1 von 2

Geltungsbereich: Pathologie	Formular Untersuchungsantrag Gynäkologie - Zytologie	 Klinikverbund Südwest ID-Nummer: D3425
---------------------------------------	---	---

Einsendender Arzt / Ärztin : _____ **Datum / Unterschrift:** _____
Tel.-Nr. für Rückfragen: _____

Verfasser: I. Dostler, T. Kocabay	Freigabe: Dostler, Irina	Gültig bis: 20.06.2023	Bestellnummer:
Gedruckt: 22.01.2024	Jeder Papierausdruck ist auf Aktualität zu prüfen.		Seite 2 von 2