


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

Institut für Pathologie MVZ Böblingen Bunsenstr. 120 71032 Böblingen	Dr. med. I. Dostler Dr. med. (Univ. Skopje) T. Tashkova Kirkovska E. Gins, Dr. A. Pogrebniak, E. Nordhausen	Telefonnr. 07031 / 668-22588 oder -22597 Faxnr. 07031 / 668-22894 pathologie@klinikverbund-suedwest.de
---	---	--

Einsenderadresse < Anrede > < Vorname > < Nachname > < Abteilung > Station: < Strasse - Haus-Nr.> <PLZ> < Ort >	Patientendaten <small>(bitte Patientenaufkleber verwenden, falls zur Hand)</small> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Ambulant</td> <td><input type="checkbox"/> Ü-Schein</td> <td><input type="checkbox"/> Privat</td> <td><input type="checkbox"/> AOP</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> IGEL</td> <td><input type="checkbox"/> ASV</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Stationär</td> <td><input type="checkbox"/> Kasse</td> <td><input type="checkbox"/> Privat</td> <td><input type="checkbox"/> IGEL</td> </tr> </table>	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
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

Anamnese Zyklus Letzte Periode Menopause <input type="checkbox"/> Geburten <input type="checkbox"/> Gravidität <input type="checkbox"/> Andere: _____ Hormonbehandlung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche IUP <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche	Gyn. Operationen 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"/>	Kolposkop. Befund 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"/>
---	--	--

Zytologischer Befund Endoz. Zellen <input type="checkbox"/> Mischflora <input type="checkbox"/> Leuko- / Lymphozyten <input type="checkbox"/> Kokkenflora <input type="checkbox"/> Erythrozyten <input type="checkbox"/> Mykose <input type="checkbox"/> Makrophagen <input type="checkbox"/> Gardnerella <input type="checkbox"/> Zytolyse <input type="checkbox"/> richomonaden <input type="checkbox"/> Döderleinflora <input type="checkbox"/>	Qualität des Abstrichs 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:

GRUPPE:

zytologische Kontrolle: _____

histologische Abklärung: _____

Zellmaterial nicht verwertbar _____

Bemerkungen : _____

Einsendender Arzt / Ärztin : _____ **Datum / Unterschrift:** _____

Tel.-Nr. für Rückfragen: _____