

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

## Zytologischer Befund

(Kurativ / Sonst. Hilfen /  
Dünnschichtpräparation)

### Zytologische Untersuchung

Unters.-  
Nummer \_\_\_\_\_

Eingangs-  
datum \_\_\_\_\_  
Ausgangs-  
datum \_\_\_\_\_

### Gemeinschaftspraxis für Pathologie Potsdam

Amtsstraße 5A · 14469 Potsdam  
Telefon 0331 500087 · Fax 0331 501459

### Zytologischer Befund

Zellmaterial  
nicht verwertbar

Endozervikale Zellen

vorhanden  nicht  
vorhanden

### Anamnese

Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?

nein  ja, zuletzt im Jahr  JJ  JJ

Ggf. Nr. des letzten  
zytolog. Befundes \_\_\_\_\_ Gruppe \_\_\_\_\_

Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales

nein  ja Welche? \_\_\_\_\_  
Wann? \_\_\_\_\_

### Letzte Regel:

path. gyn. Bltg.  IUD  Geburtenzahl \_\_\_\_\_  
 Uterusexstirpation  Hormon-IUD  z. Zt. Gravidität \_\_\_\_\_  
 suprazervikal  HAK  Radiatio \_\_\_\_\_  
 Postmenopause  Gestagene  Chemotherapie \_\_\_\_\_  
 Amenorrhoe  Östrogene

### Kolposkopie

originär  Ektopie  TZ  Punkt.  
 Mosaik  Leukoplk.  Ca-Verd.

### HPV-Typisierung (Datum)

high risk low risk

pos. \_\_\_\_\_

neg. \_\_\_\_\_

Einsendender Arzt:

bitte Arztstempel

Unterschrift, Datum

Proliferationsgrad \_\_\_\_\_

Döderleinflora  Mischflora  Kokkenflora  
 Trichomonaden  Candida  Gardnerella

Gruppe \_\_\_\_\_

Bemerkungen \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Empfehlung

zytologische Kontrolle  
 nach Entzündungsbehandlung  
 nach Östrogenbehandlung  
 nach \_\_\_\_\_  
 histologische Klärung

Vertragsarztstempel / Unterschrift  
des zytologisch tätigen Arztes

Gyn. Diagnose \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_