

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

Zytologische Untersuchung

Unters.-
Nummer _____

1. _____
2. _____



Institut für Pathologie

Mülheim an der Ruhr

Dr. med. Frank Oellig

Dr. med. Marlene Helwing*

Dr. (RO) Bianca-Manuela Purdea*

*angestellter Arzt / angestellte Ärztin

Heidestraße 75-77

45476 Mülheim an der Ruhr

Telefon 0208 992780

Telefax 0208 880451045

www.pathologie-muelheim.de

dr.oellig@pathologie-muelheim.de

Zertifiziert nach ISO 9001

Anamnese

Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?

nein ja, zuletzt im Jahr _____

Ggf. Nr. des letzten zytolog. Befundes _____ Gruppe _____

HPV-Impfung

vollständig unvollständig keine unklar

HPV-HR-Testergebnis

liegt nicht vor liegt vor aus _____
 positiv negativ nicht verwendbar

Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitals

nein ja Welche? _____
Wann? _____

Jetzt: nein ja

Letzte Periode _____ Gravidität

Path. gyn. Blutungen

Sonstiger Ausfluss

IUP

Ovulationshemmer

Sonstige Hormon-Anwendung

Welche? _____

Befund

Vulva Inspektion auffällig

Portio und Vagina Spiegeleinstellung auffällig

Inneres Genitale Gyn. Tastbefund auffällig

Inguinale Lymphknoten auffällig

Bish. unbek. behandlungsbed. Nebenbefunde

Gyn. Diagnose _____

Zytologischer Befund / Kombinationsbefund

Untersuchung Nr. _____

Eingangsdatum _____

Endozervikale Zellen

vorhanden

nicht vorhanden

Proliferationsgrad _____

Döderleinflora

Mischflora

Kokkenflora

Trichomonaden

Candida

Gardnerella

Gruppe _____

HPV-HR-Testergebnis

positiv

negativ

nicht
wertbar

Virustyp 16/18
vorhanden

Bemerkungen _____

Zusammenfassende Empfehlung

zytologische Kontrolle

nach Entzündungsbehandlung

nach Östrogenbehandlung

HPV-Test

Ko-Test

Abklärungskolposkopie

Zeitraum

in _____ Monaten

sofort

Vertragsarztstempel / Unterschrift
des zytologisch tätigen Arztes

IGeL

Privat

GKV

OT

ML

HPV
groß

HPV
klein

HPV
nicht
gewünscht

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes