

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

## Zytologische Untersuchung

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

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_



Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft  
**Pathologie Rhein/Ruhr**  
Dr. med. Frank Oellig & Partner  
Priv.-Doz. Dr. med. D. Atkins, Dr. med. J. Dürre  
Zertifiziert nach ISO 9001



**Institut für Pathologie**  
Mülheim an der Ruhr  
Dr. med. Frank Oellig & Partner

Heidestraße 75-77  
45476 Mülheim an der Ruhr  
Telefon 0208 992780  
Telefax 0208 9927830  
www.pathologie-muelheim.de  
dr.oellig@pathologie-muelheim.de



**Institut für Pathologie**  
im Hanseviertel Wesel  
Priv.-Doz. Dr. med. Derek Atkins  
Dr. med. Jürgen Dürre

Lübecker Str. 29  
46485 Wesel  
Telefon 0281 47553710  
Telefax 0281 47553737  
www.pathoad.de  
info@pathoad.de

## 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Path. gyn. Blutungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiger Ausfluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IUP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ovulationshemmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Hormon-Anwendung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche? \_\_\_\_\_

## Befund

<b>Vulva</b> Inspektion auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Portio und Vagina</b> Spiegeleinstellung auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Inneres Genitale</b> Gyn. Tastbefund auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Inguinale Lymphknoten</b> auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bish. unbek. behandlungsbed. Nebenbefunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

\_\_\_\_\_

## Zytologischer Befund / Kombinationsbefund

Untersuchung Nr. \_\_\_\_\_ Eingangsdatum \_\_\_\_\_

### Endozervikale Zellen

vorhanden  nicht vorhanden

### Proliferationsgrad

<input type="checkbox"/> Döderleinflora	<input type="checkbox"/> Mischflora	<input type="checkbox"/> Kokkenflora
<input type="checkbox"/> Trichomonaden	<input type="checkbox"/> Candida	<input type="checkbox"/> Gardnerella

Gruppe \_\_\_\_\_

### HPV-HR-Testergebnis

positiv  negativ  nicht verwertbar  
 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

Vorsorge  ML

HPV-groß  HPV-klein

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes