

## Anweisung zur gynäkologisch-zytologischen Untersuchung

Prot.-Nr.:

Titel	Patient: Familienname in Blockschrift	Vorname	Beruf:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsname:	Geb.-Datum (Pat.):		Kasse (Pat.):      Vers.-Nr.
Versicherter:	Geb.-Datum (Vers.):		Kasse (Vers.):      Vers.-Nr.:
PLZ:	Wohnort:	Straße:	Dienstgeber:
Anamnese, Diagnose:			LETZTER BEFUND
Menstruationsanamnese:			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Letzte Regel:			Pr.-Nr.      Jahr      Pr.-Nr.      Jahr
Verdachtsdiagnose, Fragestellung:			ZYTO      HISTO
Radiatio <input type="checkbox"/>	Abstrich von:		
Hormontherapie <input type="checkbox"/>	Vulva <input type="checkbox"/> Scheidenblindsack <input type="checkbox"/>		
Chemotherapie <input type="checkbox"/>	Vagina <input type="checkbox"/> Portio/CK <input type="checkbox"/> CK <input type="checkbox"/> Cavum uteri <input type="checkbox"/>		
	post partum <input type="checkbox"/>		
	pathol. Blutung <input type="checkbox"/>		
	Intrauterinpessar <input type="checkbox"/>		
	Kolposkopie ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
	Abstrich mit:		
	Spatel <input type="checkbox"/> Bürste <input type="checkbox"/> andere.....		
Einsender:			
Datum: _____			
Name/Stempel des zuständigen Arztes		Telefon	

Pos. 273 G/E L13-1405/2017

Es wird gebeten, alle Datenfelder gut leserlich und komplett auszufüllen, um Verzögerungen in der Befundübermittlung, die sich auf Grund von Rückfragen ergeben, zu verhindern. Im Falle unvollständiger Datenübermittlung muss nach dem Selbstzahlertarif abgerechnet werden.

### Zytologischer Befundbericht

<p><b>Qualität:</b> gut beurteilbar <input type="checkbox"/> eingeschränkt, wegen: R <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/></p> <p>nicht beurteilbar, wegen: _____ (R = Repräsentativitäts-Mängel – A = Andere Mängel)</p> <p><b>Endocervikale Zylinderzellen:</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p><b>Metaplasiezellen:</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>	<p>Döderleinflora <input type="checkbox"/></p> <p>Mischflora <input type="checkbox"/></p> <p>Gardnerella <input type="checkbox"/></p> <p>Trichomonaden <input type="checkbox"/></p> <p>Pilze <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><b>GRUPPE</b> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center; font-size: 2em;"><b>0</b></p>
Normales, dem Alter entsprechendes Zellbild, leichte entzündliche oder degenerative Veränderungen, Entzündungszellen, Zytolyse	<b>GRUPPE</b> <input type="checkbox"/> <b>I</b>
Stärkere entzündliche, regenerative, degenerative Veränderungen, Zytolyse, schwere Atrophie, Keratose, <b>ohne Atypien</b>	<b>GRUPPE</b> <input type="checkbox"/> <b>II</b>
Schwere entzündliche u./o. degenerative Veränderungen, <b>nicht sicher gutartig</b>	<b>GRUPPE</b> <input type="checkbox"/> <b>III</b>
Zellen entsprechend einer <b>leichten bis mittelgradigen Dysplasie – III D</b> <b>Zylinderepitheliale Atypie – III G</b>	<b>GRUPPE</b> <input type="checkbox"/> <b>III G</b> <input type="checkbox"/> <b>GRUPPE</b> <input type="checkbox"/> <b>III D</b> <input type="checkbox"/>
Zellen entsprechend einer <b>mittelgradigen bis schweren Dysplasie und Carcinoma in situ</b>	<b>GRUPPE</b> <input type="checkbox"/> <b>IV</b> <input type="checkbox"/>
Zellen eines <b>vermutlich invasiven Karzinoms</b>	<b>GRUPPE</b> <input type="checkbox"/> <b>V</b> <input type="checkbox"/>
Empfehlung:	Datum _____ Unterschrift _____