

## Anweisung zur gynäkologisch-zytologischen Untersuchung

Prot.-Nr.:

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

Pos. 273 G/E L13-1140/14 wd

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 Selbstzahlerarif abgerechnet werden.

## Zytologischer Befundbericht

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