Überweisungsschein Gynäkologische Zytologie

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgererkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

PRAXIS FÜR PATHOLOGIE
Dr. med. Gabriele Deubler
und Kollegen

Steinenbergstraße 31
D-72764 Reutlingen
Tel. 07121 / 200-4318
Fax 07121 / 200-4321

Alterskatogorie

☐ 20-29 Jahre ☐ 30-34 Jahre ☐ ab 35 Jahre

Anamnese

Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?

☐ nein ☐ ja, zuletzt im Jahr _____

Ggf. Nr. des letzten
zytologischen Befundes _____ Gruppe _____

HPV-Impfung

☐ vollständig
☐ unvollständig
☐ keine
☐ unklar

HPV-HR-Testergebnis

☐ liegt nicht vor
☐ liegt vor aus _____
☐ positiv
☐ negativ
☐ nicht verwertbar

Gynäkologische OP /
Strahlen- oder Chemotherapie

☐ nein ☐ ja Was? _____
Wann? _____

Jetzt:

	nein	ja
Letzte Periode _____ Gravidität	☐	☐
Path. gynäkologische Blutungen z.B. zwischen den normalen Regeln, Dauer- oder Schmierblutung im Klimakterium, in der Postmenopause, bei Verkehr, blutig-bräunlicher Ausfluss	☐	☐
Sonstiger Ausfluss	☐	☐
IUP	☐	☐
Ovulationshemmer	☐	☐
Sonstige Hormon-Anwendungen	☐	☐

Welche? _____

Befund	nein	ja
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

Eingangsdatum _____

Endozervikale Zellen

☐ vorhanden ☐ nicht vorhanden

Proliferationsgrad _____

☐ Döderleinflora ☐ Mischflora ☐ Kokkenflora
☐ Trichomonaden ☐ Candida ☐ 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

Reutlingen, den _____ Vertragsarztstempel / Unterschrift des zytol. tät. Arztes

Vertragsarztstempel / Unterschrift des untersuchenden Arztes