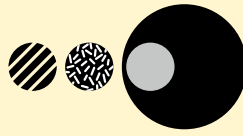


# Überweisungsschein Gynäkologische Zytologie



## PRAXIS FÜR PATHOLOGIE

Dr. med. Gabriele Deubler  
und Kollegen

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

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

### Alterskategorie

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

### HPV-HR-Testergebnis

vollständig     liegt nicht vor  
 unvollständig     liegt vor aus \_\_\_\_\_  
 keine     positiv  
 unklar     negativ  
 nicht verwertbar

### Gynäkologische OP /

### Strahlen- oder Chemotherapie

nein     ja    Was? \_\_\_\_\_  
 Wann? \_\_\_\_\_

### Jetzt:

Letzte Periode \_\_\_\_\_ Gravidität    nein  ja

Path. gynäkologische Blutungen     nein  ja  
 z.B. zwischen den normalen Regeln, Dauer- oder Schmierblutung im  
 Klimakterium, in der Postmenopause, bei Verkehr, blutig-bräunlicher Ausfluss

Sonstiger Ausfluss     nein  ja  
 IUP     nein  ja  
 Ovulationshemmer     nein  ja  
 Sonstige Hormon-Anwendungen     nein  ja

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

### Befund

nein  ja

**Vulva** Inspektion auffällig     nein  ja

**Portio und Vagina** Spiegeleinstellung auffällig     nein  ja

**Inneres Genitale** Gyn. Tastbefund auffällig     nein  ja

**Inguinale Lymphknoten** auffällig     nein  ja

Bish. unbek. behandlungsbed. Nebenbefunde     nein  ja

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

## Zytologischer Befund / Kombinationsbefund

### 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