

Überweisung / Abrechnung

Kurativ
 Präventiv
 Behandl. gemäß § 116b SGB V
 bei belegärztl. Behandlung

Unfall Unfallfolgen
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2: **T T M M J J**

Überweisung an _____

Ausführung von Auftragsleistungen
 Konsiliaruntersuchung
 Mit-/Weiterbehandlung

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Quartal **Q J J J**
 Geschlecht
 AU bis **T T M M J J**

Krankenkasse bzw. Kostenträger _____

Name, Vorname des Versicherten _____ geb. am _____

Kassen-Nr. _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____

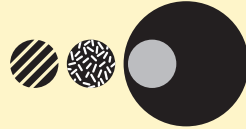
Betriebsstätten-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____

Begutachtungsauftrag für Histologie/Zytologie

Untersuchungsmaterial / Lokalisation:

Portio/Zervix
 Endometrium
 Vulva
 Sonstiges
 Klinische Angaben:

entnommen am:



PRAXIS FÜR PATHOLOGIE

Dr. med. Gabriele Deubler
Dr. med. Vassiliki Voudouri

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

Befundabfrage

Gynäkolog. OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitale

nein ja welche? _____
 wann? _____

Zahl der Schwangerschaften einschließlich Fehlgeburten

Letzte Periode	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gravidität	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Path. gynäkol. 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"/>
Sonst. Hormon-Anwendung			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Zytologischer Befund

Endozervikale Zellen nicht vorhanden vorhanden

Endometrium Zellen

Flora	Döderlein	<input type="checkbox"/>
	Döderleinzytolyse	<input type="checkbox"/>
	Mischflora	<input type="checkbox"/>
	Kokken	<input type="checkbox"/>
Path. Flora	Gardnerella	<input type="checkbox"/>
	Mykose	<input type="checkbox"/>
	Trichomonaden	<input type="checkbox"/>
Nebenbefunde	Leukozyten	<input type="checkbox"/>
	Histiozyten	<input type="checkbox"/>
	Erythrozyten	<input type="checkbox"/>
	Metaplasiezellen	<input type="checkbox"/>

Bemerkung _____

Empfehlung

Zytolog. Kontrolle
 nach Entzündungsbehandlung
 nach Hormonbehandlung
 nach _____
 Hist. Abklärung

Beurteilung

Proliferationsgrad

PAP-Gruppe

Reutlingen, den _____

Unterschrift des Zytol. tät. Arztes