

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

# Pathologie Aschaffenburg

## Prof. Dr. med. Matthias Eck

### Gynäkologische Zytologie



Am Hasenkopf  
63739 Aschaffenburg

Telefon: +49 6021 32-4603  
Telefax: +49 6021 32-4615

#### 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 zytolog. 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 des Genitales

nein     ja Welche? \_\_\_\_\_  
Wann? \_\_\_\_\_

#### Jetzt:

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

Path. gynäkologische Blutungen 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-Anwendung  nein  ja

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

#### Befund

**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

Untersuchung Nr. \_\_\_\_\_ 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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des zytologisch tätigen Arztes

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den untersuchenden Arzt

PRF. NR.  
Muster 39a/E (1.2020)

