

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgererkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/> Station: _____ Tel.: _____ Datum der Entnahme: _____		

Pathologie Aschaffenburg

Prof. Dr. med. Matthias Eck

Gynäkologische Zytologie



Am Hasenkopf
63739 Aschaffenburg

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

ABSENDER (Vertragsarztstempel/Unterschrift überw. Arzt)

Klinische Diagnose / Vorerkrankungen / Fragestellung

Zytologischer Befund

Zellmaterial
nicht verwertbar

Endozervikale Zellen

vorhanden nicht vorhanden

Proliferationsgrad _____

Döderleinflora Mischflora Kokkenflora
 Trichomonaden Candida Gardnerella

GRUPPE _____

Bemerkungen _____

Empfehlung

zytologische Kontrolle
 nach Entzündungsbehandlung
 nach Östrogenbehandlung
 nach _____
 histologische Klärung

Vertragsarztstempel / Unterschrift
des zytologisch tätigen Arztes

Abrechnung

Anamnese

Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?

nein ja, zuletzt im Jahr _____

Ggf. Nr. des letzten zytolog. Befundes _____ Gruppe _____

Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales

nein ja Welche? _____
Wann? _____

Zahl der Schwangerschaften einschließlich Fehlgeburten _____

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-Anwendung

Welche? _____

Warum? _____

Weitere Untersuchungen:

