

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

Begutachtungsauftrag Gyn.-Zytologie GKV kurativ

Auftragsnummer des Labors



Zytologischer Befund / Kombinationsbefund

Eingangsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Endozervikale Zellen

vorhanden nicht vorhanden

Proliferationsgrad _____

<input type="checkbox"/> Döderleinflora	<input type="checkbox"/> Mischflora	<input type="checkbox"/> Kokkenflora
<input type="checkbox"/> Trichomonaden	<input type="checkbox"/> Candida	<input type="checkbox"/> Gardnerella

Gruppe _____

HPV-HR-Testergebnis

positiv, wenn ja: Liegt HPV-Typ 16 oder HPV-Typ 18 vor?

ja nein nicht differenzierbar

negativ

nicht verwertbar

Bemerkungen

Zusammenfassende Empfehlung

zytologische Kontrolle

nach Entzündungsbehandlung

nach Östrogenbehandlung

HPV-Test

Ko-test

Abklärungskolposkopie

Vertragsarztstempel / Unterschrift
des zytologisch tätigen Arztes

Zeitraum

in _____ Monaten

sofort

Vertragsarztstempel / Unterschrift
der/des Gynäkologin/-en

Alterskategorie

20-29 Jahre 30-34 Jahre ab 35 Jahre

Auftrag (Bitte beachten Sie die Ausfüllhinweise für verschiedene Beauftragungsszenarien)

<input type="checkbox"/> Primär-Screening	<input type="checkbox"/> Abklärungsdiagnostik	<input type="checkbox"/> Ko-Testung (Zyt.+HPV)
<input type="checkbox"/> Zytologie	<input type="checkbox"/> HPV-Test	<input type="checkbox"/> CINTec

Anamnese
Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?

nein ja, zuletzt

M	M	J	J
---	---	---	---

Gruppe _____

HPV-Impfung	HPV-HR-Testergebnis
<input type="checkbox"/> vollständig	<input type="checkbox"/> liegt nicht vor
<input type="checkbox"/> unvollständig	<input type="checkbox"/> liegt vor
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> positiv
<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> negativ
	<input type="checkbox"/> nicht verwertbar

Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales

nein Welche? _____

Wann? _____

Jetzt:
Letzte Periode

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Gravidität	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ausfluss / pathologische Blutungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
IUP	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Einnahme von Ovulationshemmer / sonstige Hormonanwendung (ggf. bitte in Anmerkungen erläutern)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Klinischer Befund unauffällig auffällig

Erläuterungen ggf. gyn. Befunde (Vulva, Vagina, Portio); Diagnosen; sonstige Anmerkungen



MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM TRIER

Histologie • Zytologie • Molekulare Diagnostik



MVZ für Histologie, Zytologie und Molekulare Diagnostik Trier GmbH

Ärztlicher Leiter/Geschäftsführer: Prof. Dr. med. Dr. phil. Jörg Kriegsmann · PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike Otto
Geschäftsführer: Prof. Dr. med. Veit Krenn · Prof. Dr. med. Bernd Klosterhalfen

Max-Planck-Str.5 · 54296 Trier · Postfach 2460 · 54214 Trier

Tel.: 0651 / 99258320 · Fax: 0651 / 99258383 · Email: zytologie@patho-trier.de

Materialannahme

Erfassen

Labor

CTA

Zytologe

Leistungserfassung

(vom Pathologen / Zytologen auszufüllen)