

Begutachtungsauftrag Gyn.-Zytologie GKV kurativ

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

Auftragsnummer des Labors

GKV kurativ

Alterskategorie

20-29 Jahre 30-34 Jahre ab 35 Jahre

Auftrag
(Bitte beachten Sie die Ausfüllhinweise für verschiedene Beauftragungsszenarien)

Primär-Screening Abklärungsdiagnostik Ko-Testung (Zyt.+HPV)

Zytologie HPV-Test CINTec

Anamnese

Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?

nein ja, zuletzt

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

Gruppe _____

HPV-Impfung **HPV-HR-Testergebnis**

vollständig liegt nicht vor

unvollständig liegt vor

keine positiv

unklar negativ

 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"/>		<input type="checkbox"/>	
IUP	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Einnahme von Ovulationshemmer / sonstige Hormonanwendung (ggf. bitte in Anmerkungen erläutern)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Klinischer Befund unauffällig auffällig

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

Zytologischer Befund / Kombinationsbefund

Eingangsdatum

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

Endozervikale Zellen

vorhanden nicht vorhanden

Proliferationsgrad _____

Döderleinfloa Mischflora Kokkenflora

Trichomonaden Candida 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

Zeitraum

in _____ Monaten

sofort

Vertragsarztstempel / Unterschrift des zytologisch tätigen Arztes

Vertragsarztstempel / Unterschrift der/des Gynäkologin/-en



**PATHOLOGIE
TRIER**

Histologie. Zytologie. Molekulare Diagnostik.



MVZ für Histologie, Zytologie und Molekulare Diagnostik Trier GmbH

Registernummer HRB 44346 · Amtsgericht Wittlich

Ärztliche Leiter:

Prof. Dr. med. Torsten Hansen · PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike Otto

Geschäftsführung:

Prof. Dr. med. Bernd Klosterhalfen · Prof. Dr. med. Veit Krenn · Prof. Dr. med. Dr. phil. Jörg Kriegsmann

PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike Otto · Dr. rer. nat. Petra Wandernoth (Sprecherin der Geschäftsführung)

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

Tel.: 0651 / 948710 · Fax: 0651 / 948711234 · Email: zytologie@patho-trier.de

Materialannahme

Erfassen

Labor

CTA

Zytologe

Leistungserfassung

(vom Pathologen / Zytologen auszufüllen)