

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

Alterskategorie

☐ 20-29 Jahre	☐ 30-34 Jahre	☐ ab 35 Jahre
--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Auftrag

(Bitte beachten Sie die Ausführhinweise 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

☐ vollständig
☐ unvollständig
☐ keine
☐ unklar

HPV-HR-Testergebnis

☐ liegt nicht vor
☐ liegt vor
☐ positiv
☐ negativ
☐ nicht verwertbar

Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales

☐ nein	☐ Welche? _____
	Wann? _____

Jetzt:

Letzte Periode

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

Gravidität

Ausfluss / pathologische Blutungen

IUP

Einnahme von Ovulationshemmer / sonstige Hormonanwendung (ggf. bitte in Anmerkungen erläutern)

Klinischer Befund ☐ unauffällig ☐ auffällig

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

Begutachtungsauftrag Gyn.-Zytologie GKV kurativ

Auftragsnummer des Labors

GKV kurativ

Zytologischer Befund / Kombinationsbefund

Eingangsdatum

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

Endozervikale Zellen

☐ vorhanden	☐ nicht vorhanden
------------------------------------	--

Proliferationsgrad

☐ Döderleinflora	☐ 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 Leitung & Geschäftsführung:

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

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)