

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname d. Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

## Anforderung gynäkologisch/zytologische Begutachtung

**Pathologisches Institut und  
Fachbereich des MVZ  
Chefärztin Prof. Dr. med. I. Bittmann  
AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM  
ROTENBURG gemeinnützige GmbH**  
(Akademisches Lehrkrankenhaus der  
medizinischen Fakultät der Universität Hamburg)

Elise- Averdieck- Str. 17  
27356 Rotenburg (Wümme)  
Tel.: 0 42 61/77-24 40 – Fax.: 0 42 61/77-20 22  
e-mail: pathologie@diako-online.de  
Internet: www.diako-online.de

Dieses Feld bitte nicht beschriften

Eingangsdatum: \_\_\_\_\_

G- Nr./Eingabedatum: \_\_\_\_\_

_ _ _ _	_ _ _ _
Geburtsjahr	Tag d. Untersuchung

### Anamnese

Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?

nein  ja, zuletzt im Jahr |\_|\_|

Ggf. Nr. des letzten zytolog. Befundes \_\_\_\_\_ Gruppe \_\_\_\_\_

Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitals:

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

Zahl der Schwangerschaften einschließlich Fehlgeburten: |\_|\_|

**Jetzt:** nein ja  
Letzte Periode: |T|T|M|M|J|J| Gravidität

Path. Gynäkologische Blutungen z.B. zwischen den normalen Regeln, Dauer- oder Schmierblutungen im Klimakterium, in der Postmenopause, bei Verkehr, blutig-bräunlicher Ausfluss

Sonstiger Ausfluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IUP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ovulationshemmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Hormon-Anwendung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? _____		
Warum? _____		

### Befund

	nein	ja
Vulva Inspektion auffällig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portio/Vagina Spiegeleinstellung auffällig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innerer Genitaler Gyn. Tastbefund auffällig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inguinale Lymphknoten auffällig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bish. unbek. behandlungsbed. Nebenbefunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haut Wachstum, Verfärbung oder Blutung eines Pigmentflecks oder Knotens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zusätzl. ab dem Alter von 30 Jahren
Mamma Inspektions-/Tastbefund auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Axilläre Lymphknoten auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Rektum / Kolon Abgang von Blut oder Schleim mit dem Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zusätzl. ab dem Alter von 50 Jahren
Neu aufgetr. Unregelmäßigkeiten im Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tastbefund auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stuhltest zurückgegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stuhltest positiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Zytologischer Befund

Zellmat. nicht verwertbar

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 \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Empfehlung**  zytologische Kontrolle

nach Entzündungsbehandlung

nach Östrogenbehandlung

nach: \_\_\_\_\_

histologische Klärung

Vertragsarztstempel / Unterschrift des zytologisch tätigen Arztes

Gyn. Diagnose: \_\_\_\_\_

**RR** Bei Werten über 140/190 bitte 2. Messung eintragen

_	_	/	_	_	/	_	_
---	---	---	---	---	---	---	---

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes



Deutsche Akkreditierungsstelle  
D-IS-14643-01-00