

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 Ausfüllhinweise für verschiedene Beauftragungsszenarien)*

<input type="checkbox"/> Primär-screening	<input type="checkbox"/> Abklärungs-diagnostik
<input type="checkbox"/> Zytologie	<input type="checkbox"/> HPV-Test <input type="checkbox"/> Ko-Testung (Zyt.+HPV)

**Anamnese**  
 Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?  
 nein       ja, zuletzt \_\_\_\_\_

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

**Jetzt:**  
 Letzte Periode \_\_\_\_\_  
 Gravidität      nein      ja  
 Ausfluss / pathologische Blutung  
 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*

## Krebsfrüherkennung Zervix-Karzinom

Auftragsnummer des Labors



### Zytologischer Befund / Kombinationsbefund

Eingangsdatum \_\_\_\_\_

Endozervikale Zellen

<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> positiv, wenn ja: Liegt HPV-Typ 16 oder HPV-Typ 18 vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht differenzierbar
<input type="checkbox"/> negativ			
<input type="checkbox"/> nicht verwertbar			

### Bemerkungen

### Zusammenfassende Empfehlung

<input type="checkbox"/> zytologische Kontrolle
<input type="checkbox"/> nach Entzündungsbehandlung
<input type="checkbox"/> nach Östrogenbehandlung
<input type="checkbox"/> HPV-Test
<input type="checkbox"/> Ko-Test
<input type="checkbox"/> Abklärungskolposkopie

Zeitraum \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> in _____ Monaten
<input type="checkbox"/> sofort

Vertragsarztstempel / Unterschrift  
des zytologisch tätigen Arztes

Ausfertigung für den zytologisch tätigen Arzt

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes