



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*

Zytologischer Befund / Kombinationsbefund

Eingangsdatum _____

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

<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 untersuchenden Arzt

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes