

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
<input type="checkbox"/> vollständig	<input type="checkbox"/> liegt nicht vor
<input type="checkbox"/> unvollständig	<input type="checkbox"/> liegt vor
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> positiv
<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> negativ
	<input type="checkbox"/> nicht verwertbar

Gynäkologische OP,
Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales

nein ja Welche? _____

Wann? _____

Jetzt:

Letzte Periode _____

nein	ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gravidität

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*

Auftragsnummer des Labors

Zytologischer Befund / Kombinationsbefund

Eingangsdatum _____

Endozervikale Zellen

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

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

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> nicht verwertbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes