



Auftragsnummer des Labors

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

**Anamnese**

Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?

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

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

**HPV-Impfung**

vollständig  
 unvollständig  
 keine  
 unklar

**HPV-HR-Testergebnis**

liegt nicht vor  
 liegt vor aus \_\_\_\_\_  
 positiv  
 negativ  
 nicht verwertbar

Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales

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

**Jetzt:**

Letzte Periode \_\_\_\_\_ Gravidität  nein  ja

Path. gynäkologische Blutungen z.B. zwischen den normalen Regeln, Dauer- oder Schmierblutung 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? \_\_\_\_\_

**Befund**

	nein	ja
<b>Vulva</b> Inspektion auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Portio und Vagina</b> Spiegeleinstellung auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Inneres Genitale</b> Gyn. Tastbefund auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Inguinale Lymphknoten</b> auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bish. unbek. behandlungsbed. Nebenbefunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

**Ausfertigung für den untersuchenden Arzt**

**Zytologischer Befund / Kombinationsbefund**

Untersuchung Nr. \_\_\_\_\_ 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**

positiv   
  negativ   
  nicht verwertbar  
 Virustyp 16/18 vorhanden

**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 des Arztes