

Patient*innendaten

Klinik / Station / Praxis



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM FREIBURG

Institut für Klinische Pathologie

79002 Freiburg, Postfach 214

Direktor: Prof. Dr. med. Dr. h.c. M. Werner

Telefon: 0761 270-81190

oder 0761 270-81200

Telefax: 0761 270-81930

Zervixzytologie

(Einsendeschein mit dem Auftrag einer zytologischen Untersuchung)

Kostenträger: _____ Ambulant Stationär mit Wahlleistung Arzt
(Überweisungsschein beifügen)

Entnahmetag: _____ Präparate-Nr.(Klinik): _____ Journal-Nr.: _____

Entnahmeort: Portio Zervix Vagina Vulva **Infektiös:** nein ja: _____

Fragestellung: _____

Präparationstechnik: Ausstrich Flüssigkeitsgestützte Zytologie (Dünnschicht)

Klinische Angaben

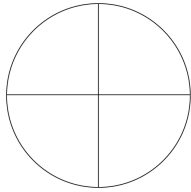
Letzte Periode: _____ Geburten/Fehlgeburten: _____

Menopause: _____ Gyn. Operationen: _____

Hormontherapie: _____ Strahlen-/Chemotherapie: _____

Kolposkopie

Wurde eine Histologie/Zytologie durchgeführt: nein ja wenn ja, alte Journal-Nr.: _____



Datum _____

ärztliche Unterschrift und Stempel _____

Telefon / Piepser _____

Wird vom Zytologen ausgefüllt!

Zahl der Proben	1	2	3
Superficialzellen			
Intermediärzellen			
Parabasalzellen			
Zervixdrüsenzellen			
Endometriumzellen			
Metaplasiezellen			
Regeneration			
Hornschollen			
Koilozyt			
Dyskeratose			

Zahl der Proben	1	2	3
Blutbestandteile			
Granulozyten			
Lymphozyten			
Histiozyten / Makrophagen			
Döderleinbakterien			
Mischflora			
Kokken			
Gardnerella			
Fungi			
Trichomonaden			

Zahl der Proben	1	2	3
Superf.-Zelldysplasien			
Interm.-Zelldysplasien			
Parabasal-Zelldysplasien			
Basalzelldysplasien			
Metapl.-Zelldysplasien			
Uniform atyp. Zellen			
Polymorph atyp. Zellen			
Atyp. Nacktkerne			
Atyp. Zervixdrüsenzellen			
Atyp. Drüsenzellen			
Abnorme Zellen			

Zytologische Gruppe (Münch. Nomenkl. III): 0 I II III IIID IVa IVb V

Abstrichqualität: repräsentativ bedingt repräsentativ nicht repräsentativ

Endozervikalzellen: nein ja **HPV - bedingte Veränderungen:** nein ja

Proliferationsgrad (nach Schmitt): _____

Bemerkungen: _____

Gebührenscheitern lt. GOÄ

Anzahl	GOÄ
	4851
	4815A
	Versandkosten

Empfehlung

Zytologische Kontrolle erforderlich Histologische Klärung

nach Entzündungsbehandlung

nach hormoneller Aufbau-therapie

Datum _____

Unterschrift und Stempel _____

Telefon / Piepser _____