

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

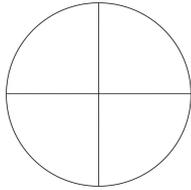
Letzte Periode: \_\_\_\_\_ Geburten/Fehlgeburten: \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_