

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname und Adresse des/der Versicherten geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Gesetzlich <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> IGeL <input type="checkbox"/> §116b <input type="checkbox"/> ASV		
Privat <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> KVB <input type="checkbox"/> PostB <input type="checkbox"/> Bundesknappschaft		

Barcodefeld (nicht beschriften)



MVZ Pathologie BETHESDA gGmbH  
Heerstr. 219  
47053 Duisburg  
Tel.: 0203 6008 3971  
Fax: 0203 6008 1649

**Bei gesetzlich versicherten Patienten bitte immer einen ausgefüllten Überweisungsschein mitsenden!**

**Begutachtungsauftrag Cytologie**

Gynäkologische Anamnese	Letzte Untersuchung	Bemerkungen									
Letzte Periode _____ Gravidität mens _____ post partum _____ Zahl der Geburten _____ Zahl d. Fehlgeburten _____ Amenorrhoe seit _____ Ov.-Hemmer seit _____ Ra/Rö Ca Dosis _____ Jahr _____	Nr. _____ Gruppe _____ <input type="checkbox"/> Portio-Konisation-Amputation <input type="checkbox"/> Uterusentfernung <input type="checkbox"/> Entfernung der Ovarien <input type="checkbox"/> Pessarträgerin <input type="checkbox"/> IUCD-Trägerin Hormonbeh. Präp _____	     <table> <tr> <td></td> <td><b>pos.</b></td> <td><b>neg.</b></td> </tr> <tr> <td>HPV high risk 16/18, 31/33...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>HPV low risk 6/11</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		<b>pos.</b>	<b>neg.</b>	HPV high risk 16/18, 31/33...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HPV low risk 6/11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>pos.</b>	<b>neg.</b>									
HPV high risk 16/18, 31/33...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
HPV low risk 6/11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
<b>Kolposkopie</b> <input type="checkbox"/> Originär <input type="checkbox"/> Atyp Umwandlungsz. <input type="checkbox"/> Felderung (Mosaik) <input type="checkbox"/> Ektopie <input type="checkbox"/> Leukoplakie <input type="checkbox"/> Gefäßartypien <input type="checkbox"/> Umwandlungszone <input type="checkbox"/> Grund (Punktierung) <input type="checkbox"/> Tumorgewebe											

Datum, Unterschrift  
Stempel

**Gynäkologische Diagnose**

**Cytologischer Befund**

Leuko/Lymphocyten _____	<input type="checkbox"/> Bakt. Zytolyse
Erythrocyten _____	<input type="checkbox"/> Degen. Autolyse
Histiocyten _____	<input type="checkbox"/> Entzündl. Zellbild
Leptothrix _____	<input type="checkbox"/> Kernaktivierung
Detritus _____	<input type="checkbox"/> Atrophisches Zellbild
Döderlein _____	<input type="checkbox"/> Endocervicalzellen
Bakt. Mischflora _____	<input type="checkbox"/> Endometriumzellen
Kokken _____	<input type="checkbox"/> Regenerationszellen
Trichomonaden _____	<input type="checkbox"/> Plattenepithelmetaplasie
Aminkolpitis _____	<input type="checkbox"/> Hyper-Para-Keratose
Soor / Mykose _____	<input type="checkbox"/> Koilocyten

**Beurteilung**

Prolif. Grad.: \_\_\_\_\_  
PAP-Gruppe: \_\_\_\_\_