

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 _____	Nr. _____										
Gravidität mens _____	Gruppe _____										
post partum _____	<input type="checkbox"/> Portio-Konisation-Amputation	<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"/>								
Zahl der Geburten _____	<input type="checkbox"/> Uterusentfernung										
Zahl d. Fehlgeburten _____	<input type="checkbox"/> Entfernung der Ovarien										
Amenorrhoe seit _____	<input type="checkbox"/> Pessarträgerin										
Ov.-Hemmer seit _____	<input type="checkbox"/> IUCD-Trägerin										
Ra/Rö Ca Dosis _____	Hormonbeh. Präp _____										
Jahr _____											
<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: \_\_\_\_\_