# Antrag auf gynäkologische Zytologie

| Kostenkasse bzw. Kostenträger | | Privat |
|---|---|---|
| Name, Vorname des Versicherten | | geb. am |
| Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

Methode: Konventionell ☐ Sonstiges ☐
Dünnschicht ☐ HPV ☐

## Anamnese

Nr. d. letzten zytol. Befundes: _____ Gruppe: _____

Letzte Periode: _____

| | nein | ja |
|---|---|---|
| Gravidität | ☐ | ☐ |
| Path. gyn. Blutungen | ☐ | ☐ |
| Sonstiger Ausfluss | ☐ | ☐ |
| IUP | ☐ | ☐ |
| Ovulationshemmer | ☐ | ☐ |
| Sonstige Hormonanwendung | ☐ | ☐ |

welche? warum? _____

Gyn. Op., Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales ☐ ☐

Sonst. Befunde: _____

Stempel und Unterschrift des Einsenders

## Zytologischer Befund

Unters.-Nr. _____ Eingangsdatum: _____

Ausgangsdatum: _____

Endo-zervikale Zellen — nicht vorhanden ☐ 1 — vorhanden ☐

Gruppe _____ Zellmaterial nicht verwertbar ☐

Döderleinflora ☐ Mischflora ☐ Kokkenflora ☐
Trichomonaden ☐ Mykose ☐ Aminkolpitis ☐

Proliferationsgrad: _____

Empfehlung:

zytologische Kontrolle ☐ 2 57 — nach Entzündungsbehdlg. ☐
nach Östrogenbehandlung ☐
nach _____

histologische Klärung ☐ 2 58 — Kolposkopie ☐
HPV-Test ☐

Bemerkungen:

_____

**PATHOLOGISCHES INSTITUT am Klinikum Fürth**
90766 Fürth, Jakob-Henle-Straße 1
Telefon 09 11/75 80-13 80 u. 75 80-13 81
Fax 09 11/75 80-18 92

PA-GZ-UA-gyn Zyto-R00