Krankenkasse bwz Kostenträger

Privat

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgererkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

An:

☐ **Pathologisches Institut am Klinikum Fürth**

☐ **MVZ gGmbH, Abteilung Pathologie**

Leitung PD Dr. med. Andreas H. Marx
Jakob-Henle-Str. 1
90766 Fürth
Tel.: 0911 7580 1380
Fax: 0911 7580 1892
E-Mail: pathologie@klinikum-fuerth.de

Untersuchungsauftrag zur gynäkologisch/zytologischen Begutachtung

Angaben des Einsenders

Entnahmeort:

☐ Portio/Zervix ☐ Vagina ☐ Vulva

Methoden:

☐ Konventionell ☐ Dünnschicht ☐ HPV ☐ Sonstiges

Anamnese

Wurde bereits eine Krebsfrüherkennung durchgeführt?

☐ nein ☐ ja, zuletzt im Jahr

Ggf. Nr. des letzten zytolog. Befundes:

Gruppe:

HPV in Vorbefunden

HPV-Impfung

☐ vollständig
☐ unvollständig
☐ keine
☐ unklar

HPV-HR-Testergebnis

☐ liegt nicht vor
☐ liegt vor aus
- ☐ positiv
- ☐ negativ
- ☐ nicht verwertbar

Gynäkologische OP,
Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales

☐ nein ☐ ja, welche?

wann?

Jetzt:

Letzte Periode? Gravidität: ☐ ja ☐ nein

Path. gyn. Blutungen
z. B. zwischen den normalen Regeln,
Dauer- oder Schmierblutungen im
Klimakterium, in der Postmenopause,
bei Verkehr, blutig-bräunlicher Ausfluss: ☐ ja ☐ nein

Sonstiger Ausfluss: ☐ ja ☐ nein

IUP: ☐ ja ☐ nein

Ovulationshemmer: ☐ ja ☐ nein

Sonstige Hormonanwendung: ☐ ja ☐ nein

Welche?

Gyn. Diagnose

Sonstiges

Stempel/Unterschrift des Einsenders

Angaben der Pathologie

Zytologischer Befund:

☐ Zellmaterial nicht verwendbar/PAP 0

Endozervikale Zellen ☐ vorhanden ☐ nicht vorhanden

Proliferationsgrad

☐ Döderleinflora ☐ Mischflora ☐ Kokkenflora
☐ Trichomonaden ☐ Candida ☐ Gardnerella

Gruppe

HPV-HR-Testergebnis

☐ positiv ☐ negativ ☐ nicht verwertbar
☐ HPV-Typ 16 vorh.
☐ HPV-Typ 18 vorh.
☐ andere

Bemerkungen

Zusammenfassende Empfehlungen

☐ Zytologische Kontrolle
- ☐ nach Entzündungsbehandlung
- ☐ nach Östrogenbehandlung

☐ HPV-Test
☐ Ko-Test
☐ Abklärungskolposkopie
☐ histologische Klärung

Zeitraum

☐ in Monaten
☐ sofort