



Krankenkasse bzw 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

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

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

Bemerkungen

.....

Zusammenfassende Empfehlungen

- Zytologische Kontrolle
 nach Entzündungsbehandlung
 nach Östrogenbehandlung
 HPV-Test
 Ko-Test
 Abklärungskolposkopie
 histologische Klärung

Zeitraum

- in Monaten
 sofort

