

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

# Begutachtungsauftrag Cytologie

an die Gemeinschaftspraxis  
 Dr. med. A. Thiel/  
 Prof. Dr. med. C. D. Gerharz  
 Fachärzte für Pathologie  
 Postfach 10 05 02

Barcodefeld  
 (bitte nicht beschriften)

**47005 Duisburg**

Cytologie-Labor: 6008-1621  
 Abrechnungsfragen: 6008-1631

<b>Ambulant:</b>	
<b>KV</b>	
<b>privat</b>	
Beihilfe	
Post B	
KVB	

Datum:

Stempel und Unterschrift des Einsenders

**Bei gesetzlich versicherten Patienten bitte immer separaten Überweisungsschein beifügen!**

## Gynäkologische Anamnese

Letzte Periode: \_\_\_\_\_

Gravidität mens \_\_\_\_\_

post partum \_\_\_\_\_

Zahl der Geburten \_\_\_\_\_

Zahl der Fehlgeburten \_\_\_\_\_

Amenorrhoe seit \_\_\_\_\_

Ov.-Hemmer seit \_\_\_\_\_

Ra/Rö Ca-Dosis \_\_\_\_\_

Jahr \_\_\_\_\_

## Letzte Untersuchung

Nr. \_\_\_\_\_

Gruppe \_\_\_\_\_

Portio-Konisation-Amputation

Uterusentfernung

Entfernung der Ovarien

Pessarträgerin

IUCD-Trägerin

Hormonbeh. Präp.: \_\_\_\_\_

## Bemerkungen

254764000

Berufsausübungsgemeinschaft  
 Dr. med. Andreas Thiel  
 Prof. Dr. med. Claus-Dieter Gerharz  
 Fachärzte für Pathologie  
 Heerstraße 219  
 47053 Duisburg

Vertragsarztstempel / Unterschrift  
 des zytologisch tätigen Arztes

## Kolposkopie:

<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"/> Gefäßatypien
<input type="checkbox"/> Umwandlungszone	<input type="checkbox"/> Grund (Punktierung)	<input type="checkbox"/> Tumorgewebe

## 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.:** \_\_\_\_\_

negativ (Pap. I und II) \_\_\_\_\_

zweifelhaft (Pap. III und III D) \_\_\_\_\_

positiv (Pap. IV und V) \_\_\_\_\_

technisch nicht verwertbar \_\_\_\_\_

Empfehlung  zytologische Kontrolle

nach Entzündungsbehandlung

nach Östrogenbehandlung

nach \_\_\_\_\_

histologische Klärung