

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

Privat Sonstige Hilfe Kurativ IGEL

Kontrolle nach pathologischem Vorbefund: ja
falls ja: Gruppe: _____

Hysterektomie: ja Strahlen- oder Chemotherapie: ja

Falls ja: welche? Wann? _____

Letzte Periode: _____

Hormone/OH: ja IUP: ja

Gravidität: ja Kolposkopie suspekt: ja

Klinische Diagnose/ Fragestellung

Stempel (auch auf Zweitausdruck)

Unterschrift

THIN-PREP Untersuchung mit computerassistierter Auswertung

Zusatzanforderungen:

HPV-Test Cytoaktiv (L1) Test CINTec Plus (Ki67/p16)

ZYTOLOGISCHER BEFUND

Zellmaterial nicht verwertbar

Endocervicale Zellen vorhanden nicht vorhanden

Proliferationsgrad: _____

Döderleinflora Mischflora Kokkenflora
Trichomonaden Candida V. a. Gardnerella

Gruppe _____

Bemerkungen: _____

Empfehlung:

Zytologische Kontrolle _____ Nach Entzündungsbehandlung
 HPV-Test Nach Östrogenbehandlung
 Cytoactiv (L1) Nach: _____
 CINTecPlus (Ki67/p16)
 Kolposkopie Histologische Klärung



Dr. med. S. Dominik F.I.A.C Tel 06172/85526 95
 Dr. med. B. Kempf Fax 06172/85526 93
 Institut für Pathologie Main Taunus