

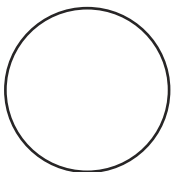
AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		

Anamnese:

Letzte Regel: _____ Gyn. Operationen: _____
 Gravidität/SSW: _____
 Pathologische Blutung: _____ Ca-Anamnese: _____
 Fluor: _____ Radiatio/Chemo: _____
 IUP: _____ OVH: _____ Hormontherapie: _____
 letzter zytolog. Befund: _____ Letzte zytolog. Nr.: _____

Methode: Konventioneller Cervix Abstrich Dünnschichtzytologie
 Vulva Abstrich HPV-Impfung

Kolposkopischer Befund:



I Normal
 II Abnorm
 III V.a. invasives Karzinom
 IV Unzureichend
 Sonstiges _____

Datum

Stempel und Unterschrift

Institut für Pathologie Aurich & Ammerland

Dr. med. J. Woziwodzki · Dr. med. U. Stachetzki · MU Dr./Univ. Prag F. Tuma
 Wallinghausener Straße 8-12 · D-26603 Aurich E-Mail: info@pathologie-aurich.de
 Telefon 04941-65439 · Telefax 04941-66851 www.pathologie-aurich.de



Labor-Nr.

Zytologischer Befund:

Qualität des Abstriches:

Repräsentativ

ja nein

Endozervikale Drüsenzellen

ja nein

Metaplasiezellen

ja nein

- | | |
|---------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Leukozyten | <input type="checkbox"/> Döderlein |
| <input type="checkbox"/> Erythrozyten | <input type="checkbox"/> Mischflora |
| <input type="checkbox"/> Histiozyten | <input type="checkbox"/> Kokken |
| <input type="checkbox"/> Endometrium | <input type="checkbox"/> Gardnerella |
| | <input type="checkbox"/> Soor |
| | <input type="checkbox"/> Trichomonaden |
| | <input type="checkbox"/> HPV-Zeichen |

**Hormongrad/
Reifwert:**

Gruppe:

Bemerkung:

Kontrolle: Zytologisch:

Histologisch

HPV-Test