

06/07

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappsch.	KVB	Post B
Krankenkasse								
Name, Vorname des Versicherten								
geb. am								
Anschrift:								

Anamnese: _____

Letzte Regel: _____

Gyn.-Op.: _____

Radiatio: Seit: _____ IUP: Seit: _____Hormone: _____

Klin. Diagn./Kolposk. Befund: _____

Früherer Zytol.-Befund und Nr.: _____

Material: Portio Cervix Endometrium IUP-Abstr.Entnahmetechnik: Watteträger Spatel Bürste

Entnahmedatum: _____

Einsender:

(Stempel / Unterschrift)

Begutachtungsauftrag für Gynäkologische Cytologie Cytologisches Institut Dr. med. T. TOPALIDIS

Döhrbruch 62 · 30559 Hannover

Telefon (05 11) 9 52 - 47 11 oder 5 63 88 41

Internet: <http://www.cyto.de>

Telefax (05 11) 9 52 - 47 69

E-mail: info@cyto.de
 Eilt (wird vorgezogen) **Eilt sehr!** (Befund wird am Tag des Eingangs erstellt)
und Bef. tel. oder per Fax übermitteln

Tel.

Fax:

Datum: _____

Proliferationsgrad: _____

Befund-Nr.: _____

Döderlein	<input type="checkbox"/>	Actinomyces	<input type="checkbox"/>	Endozervikalzellen ...	<input type="checkbox"/>
Mischflora	<input type="checkbox"/>	Bakt. Zytolyse	<input type="checkbox"/>	Endometriumzellen..	<input type="checkbox"/>
Kokkenflora	<input type="checkbox"/>	Segm. Leukozyten ..	<input type="checkbox"/>	Metaplasiezellen	<input type="checkbox"/>
V.a. Gardnerella	<input type="checkbox"/>	Lymphozyten	<input type="checkbox"/>	V.a. Clamydien	<input type="checkbox"/>
Pilze	<input type="checkbox"/>	Histiozyten	<input type="checkbox"/>	V.a. Herpes-Viren	<input type="checkbox"/>
Trichomonaden	<input type="checkbox"/>	Erythrozyten	<input type="checkbox"/>	V.a. HPV-Infekt	<input type="checkbox"/>
Degen. Autolyse	<input type="checkbox"/>	Koilozyten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pap-Kl. I Pap-Kl. II Pap-Kl. III Pap-Kl. III D Pap-Kl. IVa Pap-Kl. IVb Pap-Kl. V Nicht verwertbar Cytol. Kontrolle Kolposk. Unters. Histol. Abklärung

Diagnose / Bemerkungen:

Unterschrift

06/07

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappsch.	KVB	Post B
Krankenkasse								
Name, Vorname des Versicherten								
geb. am								
Anschrift:								

Anamnese: _____

Letzte Regel: _____

Gyn.-Op.: _____

Radiatio: Seit: _____ IUP: Seit: _____Hormone: _____

Klin. Diagn./Kolposk. Befund: _____

Früherer Zytol.-Befund und Nr.: _____

Material: Portio Cervix Endometrium IUP-Abstr.Entnahmetechnik: Watteträger Spatel Bürste

Entnahmedatum: _____

Einsender:

(Stempel / Unterschrift)

Begutachtungsauftrag für Gynäkologische Cytologie Cytologisches Institut Dr. med. T. TOPALIDIS

Döhrbruch 62 · 30559 Hannover

Telefon (05 11) 9 52 - 47 11 oder 5 63 88 41

Internet: <http://www.cyto.de>

Telefax (05 11) 9 52 - 47 69

E-mail: info@cyto.de
 Eilt (wird vorgezogen) **Eilt sehr!** (Befund wird am Tag des Eingangs erstellt)
und Bef. tel. oder per Fax übermitteln

Tel.

Fax:

Datum: _____

Proliferationsgrad: _____

Befund-Nr.: _____

Döderlein	<input type="checkbox"/>	Actinomyces	<input type="checkbox"/>	Endozervikalzellen ...	<input type="checkbox"/>
Mischflora	<input type="checkbox"/>	Bakt. Zytolyse	<input type="checkbox"/>	Endometriumzellen..	<input type="checkbox"/>
Kokkenflora	<input type="checkbox"/>	Segm. Leukozyten ..	<input type="checkbox"/>	Metaplasiezellen	<input type="checkbox"/>
V.a. Gardnerella	<input type="checkbox"/>	Lymphozyten	<input type="checkbox"/>	V.a. Clamydien	<input type="checkbox"/>
Pilze	<input type="checkbox"/>	Histiozyten	<input type="checkbox"/>	V.a. Herpes-Viren	<input type="checkbox"/>
Trichomonaden	<input type="checkbox"/>	Erythrozyten	<input type="checkbox"/>	V.a. HPV-Infekt	<input type="checkbox"/>
Degen. Autolyse	<input type="checkbox"/>	Koilozyten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pap-Kl. I Pap-Kl. II Pap-Kl. III Pap-Kl. III D Pap-Kl. IVa Pap-Kl. IVb Pap-Kl. V Nicht verwertbar Cytol. Kontrolle Kolposk. Unters. Histol. Abklärung

Diagnose / Bemerkungen:

Unterschrift