

# Begutachtungsauftrag Gyn.-Zytologie GKV kurativ

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

Auftragsnummer des Labors

# GKV kurativ

## Zytologischer Befund / Kombinationsbefund

Eingangsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Endozervikale Zellen

vorhanden  nicht vorhanden

Proliferationsgrad

<input type="checkbox"/> Döderleinflo- ra	<input type="checkbox"/> Mischflora	<input type="checkbox"/> Kokkenflora
<input type="checkbox"/> Trichomonaden	<input type="checkbox"/> Candida	<input type="checkbox"/> Gardnerella

Gruppe

HPV-HR-Testergebnis

positiv, wenn ja: Liegt HPV-Typ 16 oder HPV-Typ 18 vor?

ja  nein  nicht differenzierbar

negativ

nicht verwertbar

Alterskategorie

20-29 Jahre  30-34 Jahre  ab 35 Jahre

**Auftrag**

(Bitte beachten Sie die Ausfüllhinweise für verschiedene Beauftragungsszenarien)

<input type="checkbox"/> Primär-Screening	<input type="checkbox"/> Abklärungsdiagnostik	<input type="checkbox"/> Ko-Testung (Zyt.+HPV)
<input type="checkbox"/> Zytologie	<input type="checkbox"/> HPV-Test	<input type="checkbox"/> CINTec

**Anamnese**

Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?

nein  ja, zuletzt

M	M	J	J
---	---	---	---

Gruppe

HPV-Impfung

vollständig

unvollständig

keine

unklar

HPV-HR-Testergebnis

liegt nicht vor

liegt vor

positiv

negativ

nicht verwertbar

Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales

nein  Welche? \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_

**Jetzt:**

Letzte Periode

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Gravidität

Ausfluss / pathologische Blutungen

IUP

Einnahme von Ovulationshemmer / sonstige Hormonanwendung (ggf. bitte in Anmerkungen erläutern)

Klinischer Befund  unauffällig  auffällig

**Erläuterungen** ggf. gyn. Befunde (Vulva, Vagina, Portio); Diagnosen; sonstige Anmerkungen

## Bemerkungen

## Zusammenfassende Empfehlung

zytologische Kontrolle

nach Entzündungsbehandlung

nach Östrogenbehandlung

HPV-Test

Ko-test

Abklärungskolposkopie

Zeitraum

in \_\_\_\_\_ Monaten

sofort

Vertragsarztstempel / Unterschrift des zytologisch tätigen Arztes

Vertragsarztstempel / Unterschrift der/des Gynäkologin/-en



**PATHOLOGIE  
TRIER**

Histologie. Zytologie. Molekulare Diagnostik.



**MVZ für Histologie, Zytologie und Molekulare Diagnostik Trier GmbH**

Registernummer HRB 44346 · Amtsgericht Wittlich

Ärztliche Leiter:

Prof. Dr. med. Torsten Hansen · PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike Otto

Geschäftsführung:

Prof. Dr. med. Bernd Klosterhalfen · Prof. Dr. med. Veit Krenn · Prof. Dr. med. Dr. phil. Jörg Kriegsmann

PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike Otto · Dr. rer. nat. Petra Wandernoth (Sprecherin der Geschäftsführung)

**Max-Planck-Str.5 · 54296 Trier · Postfach 2460 · 54214 Trier**

Tel.: 0651 / 948710 · Fax: 0651 / 948711234 · Email: zytologie@patho-trier.de

**Materialannahme**

**Erfassen**

**Labor**

**CTA**

**Zytologe**

**Leistungserfassung**

(vom Pathologen / Zytologen auszufüllen)