

Version 06/2018, Zytologie Kurativ (Satz & Druck: Henschel Druck & Werbung, Bergstraße 78, 04838 Eilenburg · 03423/658854 · info@hdw-eilenburg.de / Nachdruck nur mit Genehmigung!)

Name, Vorname des Versicherten			geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum	

 Kurativ
 Präventiv
 Sonst. Hilfen

Labornummer

Eingangsdatum

Zentrum für Zytodiagnostik | MVZ Dr. Reising-Ackermann und Kollegen

Standort Leipzig
 Strümpellstr. 42
 04289 Leipzig
 Telefon: +49 (0) 341 - 65 65 600

Standort Elsteraue
 Techwitz 9
 06729 Elsteraue / Tröglitz
 Telefon: +49 (0) 3441 - 53 62 27

Diagnosen (ggf. Abrechnungsbegründungen)		
Letzte zytol. Untersuchung		
Nr.	Jahr	Pap.-Gruppe
Letzte Regel.....	Amenorrhoe <input type="checkbox"/>	Geburtenzahl <input type="checkbox"/>
Zyklus unregelmäßig <input type="checkbox"/>	Ovulationshemmer <input type="checkbox"/>	z. Z. gravide <input type="checkbox"/>
Menopause <input type="checkbox"/>	IUP <input type="checkbox"/>	Strahlentherapie <input type="checkbox"/>
Uterusexstirpation <input type="checkbox"/>	Östrogenezufuhr <input type="checkbox"/>	Chemotherapie <input type="checkbox"/>
Kolposkopischer Befund: O <input type="checkbox"/> , E <input type="checkbox"/> , T <input type="checkbox"/> , P <input type="checkbox"/> , M <input type="checkbox"/> , L <input type="checkbox"/> , Ca <input type="checkbox"/>		

Vertragsarztstempel u. Unterschrift überw. Arzt

Zytologischer Befund:

A. Zustand des Materials

repräsentatives Material

eingeschränkt beurteilbar

nicht beurteilbar

Ursachen:

wenig Zellmaterial

unzureichende Fixierung

schwere degenerat. Veränderungen

starke Entzündung

stark blutiger Abstrich

starke Zellüberlagerung

keine endozervikalen Zellen

B. Proliferationsgrad nach Schmitt:

C. Mikroorganismen

Döderleinflora

bakterielle Mischflora

Dysbakterie

Gardnerella

Verd. auf Chlamydieninfekt

Pilze

Trichomonaden

D. Zytologische Befundbeschreibung

Pap.-Gruppe: (I)

(IV a)

Empfehlung: zytol. Kontrolle nach Entzündungsbehandlung

(II)

(IV b)

zytol. Kontrolle nach Östrogenbehandlung

(III)

(V)

zytol. Kontrolle nach

(III D)

zytol. Kontrolle in 3 Monaten

histologische Klärung

Datum

Stempel und Unterschrift