

# Untersuchungsauftrag für Zytologie

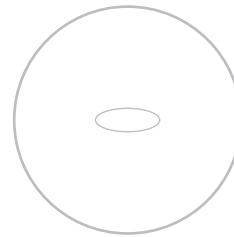


**Dr. med. B. Bier**  
**Priv. Doz. Dr. med. E. Eltze**  
**Prof. Dr. med. W. Püschel\***  
**Dr. med. O. Scherr**

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

**Institut für Pathologie**  
**Saarbrücken-Rastpfuhl**  
 Klinische, molekulare und Zyto-Pathologie  
 Gemeinschaftspraxis für Pathologie  
 \*"Angestellter Arzt i. S. v. § 32 (2) Ärzte-ZV"  
 Rheinstraße 2, 66113 Saarbrücken  
 Telefon 06 81 / 99 27 110  
 Telefax 06 81 / 99 27 109  
 eMail: sekretariat@pathologie-bierscherr.de  
 www.pathologie-bierscherr.de

## Gyn.-Zytologie



Barcode-Etikett (nur für Pathologie, Feld bitte freilassen)

Klin. Diagnose .....

Kolposk. ....

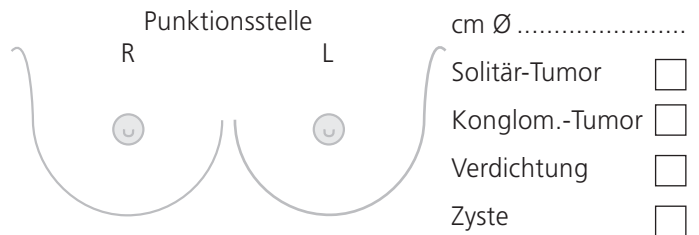
Entnahme: P  C  Vag.  Sonst.

Fragestellung: Funktion  Ca  Entz.

## Früherer Zyto-Befund Nr. .... Pap .....

- Hormone
- Gravidität
- IUD
- Gyn.-OP  20 .....
- Brust-OP  20 .....
- Radiatio  20 .....
- Zytostatika  20 .....
- Zyklus ..... / ..... LR ..... Menop. ....

## Mamma-Zytologie



Klin. Diagnose .....

## Sonstige Zytologie

Klin. Diagnose .....

Materialangabe .....

Datum ..... Unterschrift Arzt / Stempel .....

## Zytologischer Befund

- A) Qualität des Abstriches: ausreichend   
 bedingt ausreichend  nicht ausreichend
- B) Prolif.-grad ..... Reinheitsgrad .....
- C) Mikroorganismen
- |                      |                          |              |                          |
|----------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| Döderleinflora       | <input type="checkbox"/> | CK-Zellen    | <input type="checkbox"/> |
| bakt. Mischflora     | <input type="checkbox"/> | Endometrium  | <input type="checkbox"/> |
| Kokken / Gardnerella | <input type="checkbox"/> | Stromazellen | <input type="checkbox"/> |
| Pilze                | <input type="checkbox"/> | Metaplasie   | <input type="checkbox"/> |
| Trichomonaden        | <input type="checkbox"/> | Regeneration | <input type="checkbox"/> |
| HPV-Zeichen          | <input type="checkbox"/> | Histiozyten  | <input type="checkbox"/> |

## Zytologische Beurteilung / Diagnose:

Pap. **I** **II** **III** **IIID** **IV** **V**

## Empfehlung

- Kontrolle in ..... Monaten  Histologische Abklärung
- Kontrolle nach Hormontherapie  Sonst. Diagnostik
- Kontrolle nach Entz. Beh.  HPV-Diagnostik

Datum ..... Unterschrift Zyto.-Ass. / Zytopathologe .....