

AOK-	LKK	BKK	IKK	VdAK/AEV	Knappschaft	Privat
						<input type="checkbox"/> IGEL

Name _____ Vorname _____

geb. am _____

Anschrift (nur bei Privatpatienten erforderlich) _____ amb. stat.

Anamnese

LP _____ Zykl. _____

Grav. SSW _____

OHV _____

IUD _____

L.Partus/Abort _____

Menopause _____

Hormon Th. _____

Path. Bit. _____

Kolposk. Befund

o.B. _____

auff.* _____

Letzter Zytolog. Befund

Lfd Nr.: _____

Gruppe: _____

OP _____

He _____

Adnexe _____

Z. n. Ca. _____

Cervix _____

Corpus _____

Ovar _____

Mamma _____

Radiatio _____

Chemo _____

BESONDERE LOKALISATION:

PREVIKAL-ABSTRICH

VULVA-ABSTRICH

ERGÄNZENDE DIAGNOSTIK:

HPV-Test

MONOLAYER

DNA-ZYTOTMETRIE

Klin. Diagnose:

* bitte Befund

Unterschrift und Stempel des Einsenders Datum

Gemeinschaftspraxis für Pathologie und Zytologie

Priv. Doz. Dr. med. W. Mellin, Arzt für Pathologie
 Dr. med. C. Vogel, Ärztin für Pathologie
 Weyertal 76, 50931 Köln
 Tel. Sekretariat 0221/4309270
 Tel. Labor 0221/43092727, Fax 0221/424321

Eingangsstempel des zyt. Labors

Zytologischer Befund

Döderleinflora _____ Gardnerella/Kokken _____ Trichomonas vag. _____

Leptothrix _____ Mischflora _____ Mykose _____

Mikrophagen _____ Regenerationsepith. _____ Endometrium Zellen _____

Makrophagen _____ Reservezellen _____ verhornte Schollen _____

Erythrozyten _____ Metapl. Zellen _____

Empfehlung:

Prol. Grad.	Endozerv. Zylinderzellen	Histolog. Klärung	
	nicht vorhanden <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/>	Wiederholung	
Gruppe	HPV-Infektion möglich _____ <input type="checkbox"/> wahrscheinlich _____ <input type="checkbox"/>	nach Entzündungs-	
		behandlung	
		nach hormon. Aufhellung	
		DNA-Zytometrie	
		Zyt. Kontrolle in:	

Datum



Unterschrift des Zytologen