

Krankenkasse

Name, Vorname

geb. am

Anschrift



## Begutachtungsauftrag - Gynäkologische Cytologie Cytologisches Institut Dr. med. T. Topalidis

Brabeckstraße 97 · 30539 Hannover · www.cyto.de · info@cyto.de  
Fax +49 (0) 5 11- 89 88 12 10 · Tel. +49 (0) 5 11- 89 88 120

**Befundübermittlung** per:  Telefon .....  
 **Eilt** (wird vorgezogen)  Fax .....  
 **Eilt sehr!** (Befundung am Eingangstag)  E-mail .....

**Datum:** ..... **E-Nr.:** .....

**Anamnese / Klinische Diagnosen und Befunde / Kolposkopie**

.....

.....

.....

Döderlein  Döderleinzytolyse  Endozervikalzellen  V.a. Chlamydien  
 Mischflora  Trichomonaden  Endometriumzellen  V.a. Herpes-Viren  
 Kokkenflora  Segm. Leukozyten  Metaplasiezellen  Koilozyten  
 Aminkolpitis  Histozyten  Erythrozyten  V.a. HPV-Infekt  
 Mykose  .....

Letzte Regel: .....

Hormone: .....

Gyn.-OP: .....

IUP seit: .....  Radiatio seit: .....

Frühere Unters.  nein  ja, U-Nr: .....

Pap-Klasse	Diagnose / Bemerkungen	Proliferationsgrad
<input type="checkbox"/> 0	.....	..... <small>(Nach Schnitt)</small>
<input type="checkbox"/> I	.....	.....
<input type="checkbox"/> II	.....	.....
<input type="checkbox"/> III	.....	.....
<input type="checkbox"/> IIID	.....	.....
<input type="checkbox"/> IVa	.....	.....
<input type="checkbox"/> IVb	.....	.....
<input type="checkbox"/> V	.....	.....

**Material / Entnahmetechnik + Entnahmedatum:** .....

Portio  Vagina  Endometrium  Cervix  Vulva  IUP-Abst.  
 Spatel  Bürste  Watteträger  .....

**Stempel** des Einsenders und Unterschrift

Cytologische Kontrolle  
 Histologische Abklärung

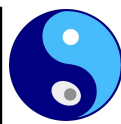
Unterschrift

Krankenkasse

Name, Vorname

geb. am

Anschrift



## Begutachtungsauftrag - Gynäkologische Cytologie Cytologisches Institut Dr. med. T. Topalidis

Brabeckstraße 97 · 30539 Hannover · www.cyto.de · info@cyto.de  
Fax +49 (0) 5 11- 89 88 12 10 · Tel. +49 (0) 5 11- 89 88 120

**Befundübermittlung** per:  Telefon .....  
 **Eilt** (wird vorgezogen)  Fax .....  
 **Eilt sehr!** (Befundung am Eingangstag)  E-mail .....

**Datum:** ..... **E-Nr.:** .....

**Anamnese / Klinische Diagnosen und Befunde / Kolposkopie**

.....

.....

.....

Döderlein  Döderleinzytolyse  Endozervikalzellen  V.a. Chlamydien  
 Mischflora  Trichomonaden  Endometriumzellen  V.a. Herpes-Viren  
 Kokkenflora  Segm. Leukozyten  Metaplasiezellen  Koilozyten  
 Aminkolpitis  Histozyten  Erythrozyten  V.a. HPV-Infekt  
 Mykose  .....

Letzte Regel: .....

Hormone: .....

Gyn.-OP: .....

IUP seit: .....  Radiatio seit: .....

Frühere Unters.  nein  ja, U-Nr: .....

Pap-Klasse	Diagnose / Bemerkungen	Proliferationsgrad
<input type="checkbox"/> 0	.....	..... <small>(Nach Schnitt)</small>
<input type="checkbox"/> I	.....	.....
<input type="checkbox"/> II	.....	.....
<input type="checkbox"/> III	.....	.....
<input type="checkbox"/> IIID	.....	.....
<input type="checkbox"/> IVa	.....	.....
<input type="checkbox"/> IVb	.....	.....
<input type="checkbox"/> V	.....	.....

**Material / Entnahmetechnik + Entnahmedatum:** .....

Portio  Vagina  Endometrium  Cervix  Vulva  IUP-Abst.  
 Spatel  Bürste  Watteträger  .....

**Stempel** des Einsenders und Unterschrift

Cytologische Kontrolle  
 Histologische Abklärung

Unterschrift