

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Krebsfrüherkennung - Frauen



Zytologische Untersuchung

Unters.-
Nummer _____

Eingangs-
datum _____

Ausgangs-
datum _____

Laborbarcode

Zytologischer Befund

Zellmaterial
nicht verwertbar

Endozervikale Zellen

vorhanden nicht vorhanden

Proliferationsgrad _____

Döderleinflora Mischflora Kokkenflora
 Trichomonaden Candida Gardnerella

Gruppe _____

Bemerkungen _____

Empfehlung

zytologische Kontrolle
 nach Entzündungsbehandlung
 nach Östrogenbehandlung
 nach _____
 histologische Klärung

44 47 636 00
 Gemeinschaftspraxis
 Dr. med. Heinz-H. Köhler
 Dr. med. Oliver Basten
 Dr. med. Sabine Oeschger
 Fachärzte für Pathologie
 Neue Kasseler Straße 23a
 35039 Marburg
 Tel. (06421) 870042, Fax 870062

Gyn. Diagnose _____

RR

Bei Werten über 140/90 bitte 2. Messung eintragen

				/															
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geburtsjahr Tag der Untersuchung

1	9	J	J	T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Anamnese

Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?

nein ja, zuletzt im Jahr **J J**

Ggf. Nr. des letzten zytolog. Befundes _____ Gruppe _____

Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales

nein ja Welche? _____
 Wann? _____

Zahl der Schwangerschaften einschließlich Fehlgeburten

--	--

Jetzt: nein ja
 Letzte Periode **T T M M J J** Gravidität

Path. gynäkologische Blutungen z.B. zwischen den normalen Regeln, Dauer- oder Schmierblutung im Klimakterium, in der Postmenopause, bei Verkehr, blutig-bräunlicher Ausfluss

Sonstiger Ausfluss
 IUP
 Ovulationshemmer
 Sonstige Hormon-Anwendung

Welche? _____
 Warum? _____

Befund

	nein	ja
Vulva Inspektion auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portio und Vagina Spiegeleinstellung auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inneres Genitale Gyn. Tastbefund auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inguinale Lymphknoten auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bish. unbek. behandlungsbed. Nebenbefunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nein	ja
Haut Wachstum, Verfärbung oder Blutung eines Pigmentfleckens oder Knotens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mamma Inspektions-/Tastbefund auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Axilläre Lymphknoten auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zusätzl. ab dem Alter von **30** Jahren

	nein	ja
Rektum / Kolon Abgang von Blut oder Schleim mit dem Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neu aufgetr. Unregelmäßigkeiten im Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tastbefund auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhltest zurückgegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhltest positiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zusätzl. ab dem Alter von **50** Jahren

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes