

**Prof. Dr. med. M. Heine (MIAC)**  
**Dr. med. J. Schmoll**  
**PD Dr. med. W. Back (MIAC)**  
**Dr. med. M. Röhler (angest. Ärztin)**  
**Pathologisches Institut**  
**Zytologisches Labor**  
**Zytologisches und molekulares Screening**  
**– HPV-Diagnostik**

Postfach 100346 · 27503 Bremerhaven  
 Tel. 0471 / 929 89 15 · Fax 0471 / 929 89 40  
 www.pathologie-bremerhaven.de  
 e-mail: zyto@pathologie-bremerhaven.de

Eingangsdatum + C-Nr.

Akkreditiert nach  
 DIN EN ISO/IEC 17020:2012  
 D-IS-14596-01-00

## Patientenüberweisungsdaten

Letzte Früherkennungsuntersuchung:

Befund Nr.: \_\_\_\_\_ Gruppe: \_\_\_\_\_

Gyn. Op., Strahlen- oder

Chemotherapie des Genitals: nein  ja

Wann? Welche? \_\_\_\_\_

Zahl der Schwangerschaften einschl.

Fehlgeburten: \_\_\_\_\_

Letzte Periode: \_\_\_\_\_

Gravidität:

nein  ja

Path. Gyn. Blutungen:

IUP:

Ovulationshemmer:

Sonstige Hormon-Anwendungen:

Warum? Welche? \_\_\_\_\_

### Entnahmeort:

Portio/Cervix:

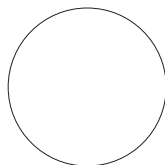
Vaginalende:

gezielter Abstrich:

Corpus (prevical) / IUP:

Einsendender Arzt:

### Kolposkopischer Befund:



Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

HPV-Test: ja  nein  Gynäkologische Diagnose: \_\_\_\_\_

## Zytologische Begutachtung

Endocervicale Zellen: ja  nein

Proliferationsgrad: \_\_\_\_\_

- |                                       |  |  |  |   |
|---------------------------------------|--|--|--|---|
| Döderlein: <input type="checkbox"/>   | Mykose: <input type="checkbox"/>         | Leukozyten: <input type="checkbox"/>   | Metaplasie: <input type="checkbox"/>   | Kolpitis: <input type="checkbox"/>            |
| Zytolyse: <input type="checkbox"/>    | Trichomonaden: <input type="checkbox"/>  | Histiozyten: <input type="checkbox"/>  | Regeneration: <input type="checkbox"/> | Atrophie: <input type="checkbox"/>            |
| Mischflora: <input type="checkbox"/>  | Herpesvirus: <input type="checkbox"/>    | Erythrozyten: <input type="checkbox"/> | Endometrium: <input type="checkbox"/>  | degen. Autolyse: <input type="checkbox"/>     |
| Gardnerella: <input type="checkbox"/> | HPV/Koilozyten: <input type="checkbox"/> | Lymphozyten: <input type="checkbox"/>  | Stromazellen: <input type="checkbox"/> | Hyper-/Parakeratose: <input type="checkbox"/> |
| Kokken: <input type="checkbox"/>      |  |  |  |   |

- Normales Zellbild
- Entzündliches Zellbild
- Zellbild nicht eindeutig negativ oder positiv
- Verdacht auf leichte Dysplasie
- Verdacht auf mittlere Dysplasie
- Verdacht auf schwere Dysplasie/CIS
- Invasives Carcinom nicht sicher auszuschließen
- Verdacht auf Cervixcarcinom
- Verdacht auf Corpuscarcinom
- Andere maligne Tumore
- Zellmaterial nicht verwertbar

Bemerkungen:

### Pap.-Gruppe:

### Empfehlung:

- |   |   |
|---|---|
| Zytologische Kontrolle <input type="checkbox"/> | nach Entzündungsbehandlung <input type="checkbox"/> |
| in _____ Monaten                                | nach Östrogenbehandlung <input type="checkbox"/>    |
| HPV-Typisierung <input type="checkbox"/>        | Histologische Abklärung <input type="checkbox"/>    |
| in _____ Monaten                                | Abklärungskolposkopie: <input type="checkbox"/>     |
| Ko-Test <input type="checkbox"/>                | in 3 Monaten <input type="checkbox"/>               |
| in 12 Monaten <input type="checkbox"/>          | sofort <input type="checkbox"/>                     |

Datum \_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel und Unterschrift  
 des Zytologisch tätigen Arztes