

Patientenüberweisungsdaten

**Thin Prep[®]
Pap - Test[™]**

Datum

Eingangsnummer



Letzte Früherkennungsuntersuchung:
 Befund Nr.: _____ Gruppe: _____
 Gyn. Op., Strahlen- oder
 Chemotherapie des Genitals: nein ja
 Wann? Welche? _____

	nein	ja
Gyn. Tastbefund auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portio und Vagina auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vulva auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

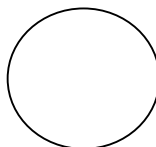
Einsendender Arzt:

Zahl der Schwangerschaften einschl.
 Fehlgeburten: _____

Letzte Periode: _____

	nein	ja
Path. gyn. Blutungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gravidität:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IUP:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ovulationshemmer:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Hormon-Anwendungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warum? Welche? _____		

Kolposkopischer Befund:



HPV-Typisierung erwünscht ? ja nein

Gynäkologische Diagnose: _____

Datum _____ Unterschrift _____

Zytologische Begutachtung

Endocervicale Zellen: ja nein

Proliferationsgrad: _____

Döderlein: <input type="checkbox"/>	Zytolyse: <input type="checkbox"/>	Leukozyten: <input type="checkbox"/>	Metaplasie: <input type="checkbox"/>	Kolpitis: <input type="checkbox"/>
Mischflora: <input type="checkbox"/>	Mykose: <input type="checkbox"/>	Histiozyten: <input type="checkbox"/>	Regeneration: <input type="checkbox"/>	Atrophie: <input type="checkbox"/>
Kokken: <input type="checkbox"/>	Trichomonaden: <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"/>

HPV-HR-Testergebnis:

positiv negativ nicht verwertbar

Pap.-Gruppe:

Bemerkung:

Empfehlung:

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

Datum

Unterschrift