

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Krebsfrüherkennung Zervix-Karzinom

Auftragsnummer des Labors



Zytologischer Befund / Kombinationsbefund

Untersuchung Nr. _____ Eingangsdatum _____

Endozervikale Zellen
 vorhanden nicht vorhanden

Proliferationsgrad _____
 Döderleinflorea Mischflora Kokkenflora
 Trichomonaden Candida Gardnerella

Gruppe _____

HPV-HR-Testergebnis
 positiv negativ nicht verwertbar
 Virustyp 16/18 vorhanden

Bemerkungen _____

Zusammenfassende Empfehlung

- zytologische Kontrolle
- nach Entzündungsbehandlung
- nach Östrogenbehandlung
- HPV-Test
- Ko-Test
- Abklärungskolposkopie

Zeitraum
 in _____ Monaten sofort

Vertragsarztstempel / Unterschrift
des zytologisch tätigen Arztes

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Alterskategorie
 20-29 Jahre 30-34 Jahre ab 35 Jahre

Anamnese

Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?

nein ja, zuletzt im Jahr _____

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

HPV-Impfung	HPV-HR-Testergebnis
<input type="checkbox"/> vollständig	<input type="checkbox"/> liegt nicht vor
<input type="checkbox"/> unvollständig	<input type="checkbox"/> liegt vor aus _____
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> positiv
<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> negativ
	<input type="checkbox"/> nicht verwertbar

Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales
 nein ja Welche? _____
 Wann? _____

Jetzt: nein ja
 Letzte Periode _____ 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? _____

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"/>
Gyn. Diagnose _____		

Ausfertigung für den untersuchenden Arzt

Version 1 QMIH/ Antrag/ A-Nr. 9

Krebsfrüherkennung Zervix-Karzinom



Auftragsnummer des Labors

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Alterskategorie

20-29 Jahre 30-34 Jahre ab 35 Jahre

Anamnese

Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?

nein ja, zuletzt im Jahr _____

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

HPV-Impfung

vollständig
 unvollständig
 keine
 unklar

HPV-HR-Testergebnis

liegt nicht vor
 liegt vor aus _____
 positiv
 negativ
 nicht verwertbar

Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales

nein ja Welche? _____
 Wann? _____

Jetzt:

Letzte Periode _____ Gravidität nein ja

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

Sonstiger Ausfluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IUP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ovulationshemmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Hormon-Anwendung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche? _____

Befund

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"/>

Gyn. Diagnose _____

Zytologischer Befund / Kombinationsbefund

Untersuchung Nr. _____ Eingangsdatum _____

Endozervikale Zellen
 vorhanden nicht vorhanden

Proliferationsgrad _____

<input type="checkbox"/> Döderleinflora	<input type="checkbox"/> Mischflora	<input type="checkbox"/> Kokkenflora
<input type="checkbox"/> Trichomonaden	<input type="checkbox"/> Candida	<input type="checkbox"/> Gardnerella

Gruppe _____

HPV-HR-Testergebnis

positiv negativ nicht verwertbar
 Virustyp 16/18 vorhanden

Bemerkungen

Zusammenfassende Empfehlung

zytologische Kontrolle
 nach Entzündungsbehandlung
 nach Östrogenbehandlung
 HPV-Test
 Ko-Test
 Abklärungskolposkopie

Zeitraum

in _____ Monaten sofort

Vertragsarztstempel / Unterschrift des zytologisch tätigen Arztes

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den zytologisch tätigen Arzt