Begutachtungsauftrag

Berufsausübungsgemeinschaft
PD Dr. med. J. Packeisen
Dr. med. B. Schulte
Fachärzte für Pathologie

Tel.: (05401) 84244-0
Fax: (05401) 8424429
Rostocker Straße 5-7
49124 Georgsmarienhütte

Postfach 60 45
49093 Osnabrück

Patientendaten

Einsendender Arzt (Stempel)

Krankenkasse	☐	Selbstzahler	☐
ambulant	☐	stationär	☐
Präventiv	☐	belegärztlich	☐

Tag der Untersuchung ☐☐☐☐☐☐

Auftrag

☐ Zytologie ☐ HPV-Test

Anamnese

Wurden bereits früher Krebsfrüherkennungen oder HPV-Tests durchgeführt?

☐ nein ☐ ja, zuletzt im Jahr ☐☐

Ggf. Nr. des zytolo. Befundes ☐☐☐☐☐☐ Gruppe _____

Gynäkologische OP,Strahlen oder Chemotherapie des Genitales

☐ nein ☐ ja Welche? _____

Wann? _____

Jetzt:

Letzte Periode ☐☐☐☐☐☐ Gravidität

	nein	ja
Gravidität	☐	☐
Path. Gynäkologische Blutungen z.B. zwischen den normalen Regeln, Dauer oder Schmierblutung im Klimakterium, Postmenopause o. bei Verkehr	☐	☐
Sonstiger Ausfluss	☐	☐
IUP	☐	☐
Ovulationshemmer	☐	☐
Sonstige Hormonanwendungen	☐	☐

Welche? _____ Warum? _____

Befund	nein	ja
Vulva Inspektion auffällig	☐	☐
Portio und Vagina Spiegeleinstellung auffällig	☐	☐
Inneres Genitale Gyn. Tastbefund auffällig	☐	☐
Inguinale Lynphknoten auffällig	☐	☐

Zytologischer Befund:

☐ Zellmaterial nicht verwertbar

Endozervikale Zellen

☐ vorhanden ☐ nicht vorhanden

Proliferationsgrad _____

Döderleinflora	☐	Mischflora	☐	Kokkenflora	☐
Trichomonaden	☐	Candida	☐	Gardnerella	☐

Gruppe _____

HPV-Testergebnis:

☐ **positiv** ☐ negativ ☐ nicht verwertbar

Bemerkungen:

_____

_____

_____

_____

Empfehlung ☐ zytologische Kontrolle

☐ nach Entzündungsbehandlung

☐ nach Östrogenbehandlung

☐ **n**ach HPV-Test ☐ nach KO-Test

Abklärung ☐ **in** ____ **Monaten** ☐ **sofort**

HZ CTA

Stempel/ Unterschrift des zytologisch tätigen Arztes

Eingangsdatum ☐☐☐☐☐☐

Ausgangsdatum ☐☐☐☐☐☐

Auch online verfügbar (www.pathopraxis-os.de/proben-einsenden)