

Patientendaten

Zytologischer Befund

Eingangsdatum _____

Endozervikale Zellen

vorhanden nicht vorhanden **Zellmaterial nicht verwertbar**

Proliferationsgrad _____

Döderleinflora Mischflora Kokkenflora
 Trichomonaden Candida Gardnerella

Datum: _____

Gruppe: _____

Bemerkungen: _____

Nr. und Gruppe des letzten Vorbefundes; Gyn. Diagnose:

Empfehlung zytologische Kontrolle
 nach Entzündungsbehandlung
 nach Östrogenbehandlung
 nach _____
 histologische Klärung

Ort der Entnahme P CK V Vulva Mamma

Originär Letzte Periode: _____
Ektopie Menopause: _____
U-Zone Gravidität
Atyp. U-Zone Post partum
Leukoplakie IUP
Felderung Ovulationshemmer
Atyp. Gefäße Hormonbehandlung
Gyn. Op Welche? _____ Wann? _____
Strahlentherapie Wann? _____

Ausgangsdatum _____ Unterschrift _____

ThinPrep® Konv. Zytologie

HPV-Diagnostik erwünscht (TP)

CinTecPlus erwünscht

Unterschrift Einsender/Praxisstempel

OptiCyt®



Teilberufsausübungsgemeinschaft für Zytologie
Frankfurt am Main

Ginnheimer Landstraße 86 · 60487 Frankfurt
Tel. 0 69/95 14 47-0 · Fax 0 69/95 14 47-50