

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? _____

ThinPrep® Konv. Zytologie

HPV-Diagnostik erwünscht (TP)

CinTecPlus erwünscht

Unterschrift Einsender/Praxisstempel

Ausgangsdatum

Unterschrift

OptiCyt®

Teilberufsausübungsgemeinschaft für Zytologie
Frankfurt am Main

Ginnheimer Landstraße 86 · 60487 Frankfurt

Tel. 069/95 14 47-0 · Fax 069/95 14 47-50