



Gynäkologische Zytologie

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ **Patientennummer** _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Wohnort _____

☐ stationär --> ☐ ambulant ☐ Rechnung an Arzt
☐ allgemein ☐ halbprivat ☐ privat

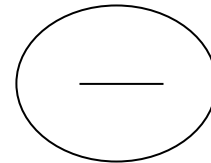
HPV-Typisierung erwünscht: ☐ ja ☐ nein

Entnahmeort:

☐ Portio ☐ Vulva
☐ Endozervix ☐ Cavum uteri
☐ Vagina ☐ _____

Portio Befund:

☐ unauffällig ☐ auffällig



Veranlassung des Abstriches:

☐ Vorsorgeuntersuchung
☐ Nachkontrolle eines früheren Befundes

Klinische Angaben und Fragestellungen:

☐ Letzte Periode (Datum): _____ ☐ Hormonbehandlung: _____
☐ Menopause (Jahr): _____ ☐ IUD: _____
☐ Gravidität: _____ ☐ Geburt am: _____
☐ Status nach SIL ☐ Status nach Konisation
☐ Status nach Hysterektomie ☐ Status nach Bestrahlung

Name und Stempel des Arztes/Spitals:

Datum der Entnahme:

Frühere Untersuchungen:

☐ Tel. Bericht: _____
☐ Fax Bericht: _____
☐ Mail Bericht: _____
(nur HIN-verschlüsselte Mail-Adressen)

Kopie(n) an: _____



Mikroskopie:

Superfizielle Plattenepithelien sup

Intermediäre Plattenepithelien ip

Parabasale Plattenepithelien pbp

Metaplastische Plattenepithelien met

Endozervikale Zylinderzellen zy

Endometriumszellen end

Neutrophile Granulozyten g

Eosinophile Granulozyten ge

Histiozyten hi

Lymphozyten ly

Erythrozyten ec

Doederleinbakterien dod

Mischflora mi

Clue cells clu

Candida can

Actinomyces ati

Trichomonaden tri

Sonstiges:

Diagnose:

Kommentar:
