

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
						geb. am
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		

Smear:  Portio  Cervix  Vagina

Vulva  Cavum

Mamma:  Sekret  Punktat

letzte Regel:

Menopause seit:

Gravidität mens:

Post-partum seit:

Hormonale Kontrazeptiva: ja / nein

Strahlen-/Cytost.-Therapie: ja / nein

Hormon-Therapie: ja / nein

IUP: ja / nein

Gyn. Diagnose: \_\_\_\_\_

Frühere Befunde (Präp.-Nr., Ergebnis)

Einsender:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift

## Antrag auf zytologische Untersuchung

an Dr. B. Blume, Prof. Dr. J. Dämmrich, Dr. B. Heine, Dr. M.E. Dämmrich  
Fachärzte für Pathologie · Gemeinschaftspraxis

Alte Bahnhofstr. 1 · Postfach 1258 · 97402 Schweinfurt  
Telefon 09721 / 28082 · Telefax 09721 / 16238

Eing.-Datum / Präp.-Nr.

## Zytologischer Befund

Proliferationsgrad:

Endozervikale Zellen:  vorhanden  nicht vorhanden

Döderleinflora  Mischflora  Kokkenflora

Trichomonaden  Mykose  Aminkolpitis

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift