

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