

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