

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

# Krebsfrüherkennung Zervix-Karzinom



Auftragsnummer des Labors

Alterskategorie

<input type="checkbox"/> 20-29 Jahre	<input type="checkbox"/> 30-34 Jahre	<input type="checkbox"/> ab 35 Jahre
--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

**Auftrag**  
(Bitte beachten Sie die Ausfüllhinweise für verschiedene Beauftragungsszenarien)

<input type="checkbox"/> Primär-screening	<input type="checkbox"/> Abklärungsdiagnostik	<input type="checkbox"/> Ko-Testung (Zyt.+HPV)
<input type="checkbox"/> Zytologie	<input type="checkbox"/> HPV-Test	

**Anamnese**  
Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?

nein       ja, zuletzt

Gruppe \_\_\_\_\_

HPV-Impfung	HPV-HR-Testergebnis
<input type="checkbox"/> vollständig	<input type="checkbox"/> liegt nicht vor
<input type="checkbox"/> unvollständig	<input type="checkbox"/> liegt vor
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> positiv
<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> negativ
	<input type="checkbox"/> nicht verwertbar

Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales

nein       ja Welche? \_\_\_\_\_  
Wann? \_\_\_\_\_

**Jetzt:**  
Letzte Periode

Gravidität	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Ausfluss / pathologische Blutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IUP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einnahme von Ovulationshemmer / sonstige Hormonanwendung (ggf. bitte in Anmerkungen erläutern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Klinischer Befund       unauffällig       auffällig

**Erläuterungen**      ggf. gyn. Befunde (Vulva, Vagina, Portio); Diagnosen; sonstige Anmerkungen

## Zytologischer Befund / Kombinationsbefund

Eingangsdatum

Endozervikale Zellen  
 vorhanden       nicht vorhanden

Proliferationsgrad \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Döderleinflora	<input type="checkbox"/> Mischflora	<input type="checkbox"/> Kokkenflora
<input type="checkbox"/> Trichomonaden	<input type="checkbox"/> Candida	<input type="checkbox"/> Gardnerella

Gruppe \_\_\_\_\_

HPV-HR-Testergebnis

positiv, wenn ja: Liegt HPV-Typ 16 oder HPV-Typ 18 vor?  
 ja       nein       nicht differenzierbar

negativ

nicht verwertbar

**Bemerkungen**

### Zusammenfassende Empfehlung

zytologische Kontrolle

nach Entzündungsbehandlung

nach Östrogenbehandlung

HPV-Test

Ko-Test

Abklärungskolposkopie

Zeitraum

in \_\_\_\_\_ Monaten

sofort

Vertragsarztstempel / Unterschrift des zytologisch tätigen Arztes

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den untersuchenden Arzt