

Privat		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Gemeinschaftspraxis Zytologie - Histologie
 Dr. med. Erik Holm Dipl. med. Andrej Dawydow
 Rheinpfalzallee 12 · 10318 Berlin-Karlshorst · Tel. 030/50 37 85 44/45 · Fax 030/50 37 85 46

Lfd. Labor-Nr.: _____ Tag des Eingangs: _____

Zytologischer Befund

Döderlein-Flora..... <input type="checkbox"/>	Erythrozyten..... <input type="checkbox"/>	Endocervicale Zellen..... <input type="checkbox"/>
Kokken..... <input type="checkbox"/>	Leukozyten..... <input type="checkbox"/>	Endometrium-Zellen..... <input type="checkbox"/>
Mischflora..... <input type="checkbox"/>	Lymphozyten..... <input type="checkbox"/>	Regenerationsepithel..... <input type="checkbox"/>
Gardnerella..... <input type="checkbox"/>	Histiozyten..... <input type="checkbox"/>	Reservezellen..... <input type="checkbox"/>
Chlamydien..... <input type="checkbox"/>	Leichte Entzündung..... <input type="checkbox"/>	Metaplasiezellen..... <input type="checkbox"/>
Mykosen..... <input type="checkbox"/>	Mäßige Entzündung..... <input type="checkbox"/>	Parakeratose..... <input type="checkbox"/>
Trichomonaden..... <input type="checkbox"/>	Starke Entzündung..... <input type="checkbox"/>	Hornschollen..... <input type="checkbox"/>
Herpes Virus..... <input type="checkbox"/>		Östrogenphase..... <input type="checkbox"/>
HPV/Koilozytose..... <input type="checkbox"/>		Gestagenphase..... <input type="checkbox"/>

Zytolyse..... Degeneration.....

Qualität des Materials


repräsentativ..... bedingt repräsentativ..... nicht repräsentativ.....

Gruppe: _____ **Grad:** _____ **Kontrolle:** _____

Bemerkungen: _____

nach Entz.-Behandlung.....
 nach Östrogenbehandlung.....
 in 6 Monaten.....
 in 3 Monaten.....
 kurzfristig.....
 Histologie erforderlich.....

Anamnese

Zyklus _____

 Letzte Periode _____
 Amenorrhoe.....
 Menopause.....
 Uterusentfernung.....
 Entf. der Ovarien.....
 Ra/Rö-Bestrahlung.....
 Ov.-Hemmer.....
 Hormonbehandlung.....
 IUD.....
 Geburten.....
 Gravidität:.....
 Grav. Woche.....

Kolposkop. Befund

Originär.....
 Ektopie.....
 E. + Umwdlg.....
 Offene Umwdlg.....
 Geschl. Umwdlg.....
 atyp. Umwdlg.....
 Leukoplakie.....
 Felderung.....
 Grund.....
 Gefäßatypien.....

Letzter Zytolog. Befund

Lfd. Nr.: _____
 Gruppe: _____

Klinische Diagnose

Stempel und Unterschrift

Datum

Unterschrift