

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

## Klinischer Befund

**Anamnese**                      unauffällig       auffällig

Letzte Regel \_\_\_\_\_

Ovulationshemmer / IUP \_\_\_\_\_

Sonst. Hormonbehandlg. \_\_\_\_\_

Chemo/Radiatio \_\_\_\_\_

Gyn. Operationen \_\_\_\_\_

**ThinPrep® Pap Test erwünscht**

### Kolposkopischer Befund



Arztstempel

Datum und Unterschrift

## Ph. D. Dr. R. Steinbeck, Dr. U. Pauser und Kollegen

Überörtliche GMP Pathologie,  
Zytologie, Molekularpathologie

www.pathologie-sh.de  
info@pathologie-sh.de

24937 Flensburg, Stuhlsallee 29  
Tel. 04 61/ 50552-10, Fax - 20

24106 Kiel, Am Tannenber 85 a  
Tel. 04 31 / 38901-13, Fax - 17

## Zytologischer Befund

### Funktionsbeurteilung

endocervic. Z.	Ery	Döderlein	Candida
endometr. Z.	Leuko	bakt. Zytolyse	Kokkenflora
Metaplasie-Z.	Histio	Mischflora	Gardnerella
Koilozyten	degen. Autolyse	Trichomonaden	

### Beurteilung (Münchener Nomenklatur III)

unzureichendes Mat.	0	<input type="checkbox"/>	zweifelhaft	III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unauffällig	I	<input type="checkbox"/>	leichte / mäßige Dysplasie	III D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unauff. b. auff. Anamnese	II a	<input type="checkbox"/>	schwere Dysplasie / Cis / Ais	IVa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eingeschränkt protektiver Wert	II	<input type="checkbox"/>	Cis / Ais / Mikroinvasion	IVb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Invasives Carcinom	V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrolle nach:	_____		histolog. Abklärung		<input type="checkbox"/>	

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift