

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

Begutachtungsauftrag gynäkologische Zytologie - kurativ

Untersuchungsnummer

Probenbarcode

Eingangsnummer-Nr.

letzte zytologische Untersuchung:

auswärts

bei uns

Letzte Zytologie-Nr.:

letzte Pap-Gruppe:

Arztstempel / Unterschrift Arzt

Entnahmedatum/Uhrzeit: CITO (Eilt)

privat ambulant stationär

Befundübermittlung bei CITO-Befundung:

Tel.: Fax:

Material

Probetyp: **Dünnschicht-Präparat**
 Konventioneller Ausstrich

Abstrich: Portio/Zervix Portio Zervix
 Vulva Vagina Endometrium

Klinische Diagnosen

Untersuchungsauftrag:

Nachstehend bitte **nur 1 Kästchen ankreuzen**.

Bei fehlenden Angaben wird nur die zytologische Untersuchung durchgeführt.

NUR zytologische Untersuchung

Zytologische Untersuchung + ggf. HPV-Testung ^{*)}

Bei ≥ PAPII/p/g wird eine HPV-Typisierung als Reflextestung angeschlossen.

Ko-Testung: Zytologie + HPV-Testung ^{*)}

NUR HPV-Testung ^{*)}

HPV-Testung ^{*)} + ggf. Zytologie

Bei positivem HPV-Resultat wird automatisch eine zytologische Untersuchung angeschlossen.

^{*)} Auf die wichtigsten high risk HPV-Typen wird getestet

Indikation und klinische Angaben:

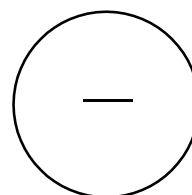
Indikation: Hormonstatus Schwangerschaft Sonstiges:
 Kurativ Krankheit

Klinik: Letzte Periode Datum _____ regelmässig unregelmässig

Bitte Kolposkopiebefund angeben / einzeichnen

Menopause seit _____
 Gravidität _____ Partus _____
 Hysterektomie
 Ovulationshemmer / Hormonbehandlung (welche?)
 IUP
 Östrogenzufuhr
 Strahlentherapie/ Chemotherapie
 HPV-Impfung
 Sonstiges

O E T P M L Ca



unauffällig
 Entzündung Polyp
 suspekter Bezirk
 Blut bei Berührung
 Blutung aus CK
 Sonstiges