Gynäkologisch-Zytologische Untersuchung

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgererkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Klinikum Fulda
Universitätsmedizin Marburg - Campus Fulda
Pacelliallee 4, 36043 Fulda
Postfach 1764, 36007 Fulda
Tel. (0661) 84-6351
Fax (0661) 84-6353

☐ **Institut für Pathologie**
Prof. Dr. med. Gabriele Köhler

☐ **MVZ für Diagnostik**
Prof. Dr. med. Gabriele Köhler
PD Dr. med. Tiemo Gerber

Zytologie-Nummer:
wird von der Pathologie ausgefüllt

Angaben des Einsenders

Abnahmedatum: .....
Entnahmeort:
☐ Portio ☐ Zervix ☐ Vagina ☐Vulva
Alterskategorie:
☐ 20-29 Jahre ☐ 30-34 Jahre ☐ ab 35 Jahre

Anamnese

Wurde bereits eine Krebsfrüherkennung durchgeführt?
☐ nein ☐ ja, zuletzt im Jahr .....
Ggf. Nr. des letzten zytolog. Befundes: .....
Gruppe: .....
HPV in Vorbefunden .....

HPV-Impfung
☐ vollständig
☐ unvollständig
☐ keine
☐ unklar

HPV-HR-Testergebnis
☐ liegt nicht vor
☐ liegt vor aus .....
☐ positiv
☐ negativ
☐ nicht verwertbar

Gynäkologische OP,
Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales
☐ nein ☐ ja Welche? .....
Wann? .....

Jetzt:
Letzte Periode: ..... Gravidität: ☐ ja ☐ nein
Path. gyn. Blutungen
z. B. zwischen den normalen Regeln,
Dauer- oder Schmierblutungen im
Klimaterium, in der Postmenopause,
bei Verkehr, blutig-bräunlicher Ausfluss: ☐ ja ☐ nein
Sonstiger Ausfluss ☐ ja ☐ nein
IUP ☐ ja ☐ nein
Ovulationshemmer ☐ ja ☐ nein
Sonstige Hormonanwendung ☐ ja ☐ nein
Welche? .....

Befund

Vulva - Inspektion auffällig ☐ ja ☐ nein
Portio und Vagina - Spiegeleinstellung auffällig ☐ ja ☐ nein
Inneres Genitale - Gyn. Tastbefund auffällig ☐ ja ☐ nein
Inguinale Lymphknoten - auffällig ☐ ja ☐ nein
Bish. unbek. behandlungsbed. Nebenbefunde ☐ ja ☐ nein

Gyn. Diagnose .....
.....

Stempel/ Unterschrift des Einsenders

PATHO-Untersuchungsantrag Gyn-Zyto kurativ 2026-10

Angaben des Pathologen

Eingangsdatum: .....

Zytologischer Befund:

☐ Zellmaterial nicht verwertbar
Endozervikale Zellen ☐ vorhanden ☐nicht vorhanden
Proliferationsgrad .....

☐ Döderleinflora ☐ Mischflora ☐ Kokkenflora
☐ Trichomonaden ☐ Candida ☐ Gardnerella

Gruppe: [ ]

HPV-HR-Testergebnis
☐ positiv ☐ negativ ☐ nicht verwertbar
☐ Virustyp 16/ 18 vorh.

Bemerkungen: .....
.....
.....
.....

Zusammenfassende Empfehlungen
☐ Zytologische Kontrolle
☐ nach Entzündungsbehandlung
☐ nach Östrogenbehandlung
☐ HPV-Test
☐ Ko-Test
☐ Abklärungskolposkopie

Zeitraum
☐ in ..... Monaten
☐ sofort

Ausgangsdatum: .....

Stempel / Unterschrift Pathologe