

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Krebsfrüherkennung Zervix-Karzinom

Auftragsnummer des Labors

39



1 Alterskategorie

☐ 20-29
Jahre

☐ 30-34
Jahre

☐ ab 35
Jahre

2 Auftrag

(Bitte beachten Sie die Ausfüllhinweise für verschiedene Beauftragungsszenarien)

☐ Primär-
screening

☐ Abklärungs-
diagnostik

☐ Zytologie

☐ HPV-Test

☐ Ko-Testung
(Zyt.+HPV)

3 Anamnese

Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?

☐ nein

☐ ja, zuletzt

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Gruppe _____

HPV-Impfung

☐ vollständig

☐ unvollständig

☐ keine

☐ unklar

HPV-HR-Testergebnis

☐ liegt nicht vor

☐ liegt vor

☐ positiv

☐ negativ

☐ nicht verwertbar

Gynäkologische OP,
Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales

☐ nein

☐ ja

Welche?

Wann?

4 Jetzt:

Letzte
Periode

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

nein

ja

Gravidität

Ausfluss / pathologische Blutung

IUP

Einnahme von Ovulationshemmer /
sonstige Hormonanwendung

(ggf. bitte in Anmerkungen erläutern)

5 Klinischer Befund

☐ unauffällig

☐ auffällig

6 Erläuterungen

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

7 Zytologischer Befund / Kombinationsbefund

Eingangsdatum

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Endozervikale Zellen

☐ vorhanden

☐ nicht vorhanden

Proliferationsgrad

☐ Döderleinflora

☐ Mischflora

☐ Kokkenflora

☐ Trichomonaden

☐ Candida

☐ 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

8 Zusammenfassende Empfehlung

☐ zytologische Kontrolle

☐ nach Entzündungsbehandlung

☐ nach Östrogenbehandlung

☐ HPV-Test

☐ Ko-Test

☐ Abklärungskolposkopie

Zeitraum

☐ in _____ Monaten

☐ sofort

Vertragsarztstempel / Unterschrift
des zytologisch tätigen Arztes

Ausfertigung für den untersuchenden Arzt

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes