

## Untersuchungsanforderung gynäkologische Zytologie

**Patientendaten**

Familienname: .....  
 Vorname: ..... m/w: .....  
 Geburtsdatum: ..... SV-Nr.: ..... Vers.: .....  
 AZ/Fallzahl: .....

**Einsenderangaben/Stempel**

Arzt/Ärztin: .....  
 Klinik/Abteilung: .....  
 Tel.Nr.: .....  
 Unterschrift: .....

**Gebührenklasse:**  Allgemein  Sonderklasse

**Behandlung:**  stationär  ambulant

**Privatrechnung an:**  Patientin \*  Einsender

**Pathologie**  
Eingangsdatum/-zeit

**Datum/Zeit der Entnahme (bei LBC):** .....

**Art des Untersuchungsmaterials:**  Konventionell \*\*  LBC

E-Nr.  
BARCODE

**Entnahmegesetz:**  Szalay Spatel  Zytobrush  LBC-Brush  Sonstiges.....

**Lokalisation:**  Portio  CK  SBS  Vagina  Vulva

E-Nr.  
BARCODE

**Klinische Diagnosen:**

Kolposkopisch:  unauffällig  auffällig:.....  
 HPV Status:  unbekannt  negativ  positiv (Typ(-en).....) \_\_ / \_\_ (MM/JJ)  
 Positiver zytologischer Vorbefund: Pap..... \_\_ / \_\_ (MM/JJ)  
 Positiver histologischer Vorbefund: Diagnose: ..... \_\_ / \_\_ (MM/JJ)  
 Vorangegangene gynäkologische oder andere relevante Operationen:  
 Konisation  Hysterektomie  Sonstige: ..... \_\_ / \_\_ (MM/JJ)

E-Nr.  
BARCODE

- IUP
- Schwangerschaft.....SSW
- Post partum
- Letzte Menstruation: \_\_ / \_\_ (TT/MM)
- (St.p.) Strahlen- oder Chemotherapie
- Hormontherapie: .....
- Pathologische Blutung
- Sonstiges:.....

**Anforderung einer Zusatzuntersuchung aus LBC:** HPV Testung (PCR + Genotypisierung)  
 (Die Verrechnung der HPV Untersuchung erfolgt direkt mit der Patientin!)

\* Adresse für die Zusendung der Privatrechnung:

.....  
 .....

\*\* Objektträger Beschriftung bitte ausschließlich mit Bleistift auf Mattrand vornehmen (Patientenname und Geburtsdatum)

Der Patient / die Patientin wurde darüber informiert, dass der Befund an den Einsender bzw. die einsendende Abteilung retourniert wird und erklärt sich damit einverstanden