

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum				
Ort:						
Klinik:						
Telefon Nr.:						
Fax:						
Stempel						

## UNTERSUCHUNGSANTRAG

Untersuchungs-Nr.

Abrechnung

**Dr. med. W. Mohren – Dr. med. R. Babic**  
**Dr. med. M. Rotter – Dr. med. G. W. Böhm**  
**Prof. Dr. med. A. Greiner – Dr. med. B. Mohren**  
 Gemeinschaftspraxis für Pathologie und Zytologie  
**am Klinikum des Landkreises Deggendorf**  
**Akadem. Lehrkrankenhaus**  
**d. Med. Hochschule Hannover**  
**94452 Deggendorf, Postfach 1229**  
**Telefon 0991/30041 u. 0991/37089-0, Telefax 0991/31874**  
**E-Mail: info@pathologie-deggendorf.de**

Ambulant       Stationär   
 \* Privat  ja  nein      Stat.-Nr. \_\_\_\_\_  
 \* Überweisungsschein liegt bei:  ja  nein

Datum:

Unterschrift des Arztes:

\* Zutreffendes bitte ankreuzen!

Art des Materials (Bitte genaue Lokalisationsangabe):

Klinische Angaben:

Letzte Menstruation:

Hormonbehandlung:

Frühere histologische Untersuchungen (Untersuchungsnummer, Ort und Datum):

# - UNTERSUCHUNGSANTRAG -

**Dr. med. W. Mohren – Dr. med. R. Babic  
Dr. med. M. Rotter – Dr. med. G. W. Böhm  
Prof. Dr. med. A. Greiner – Dr. med. B. Mohren**

Gemeinschaftspraxis für Pathologie und Zytologie  
**am Klinikum Deggendorf**  
94452 Deggendorf, Postfach 12 29  
Telefon 09 91/3 00 41 u. 09 91/3 70 89-0  
Telefax 09 91/3 18 74  
E-Mail: info@pathologie-deggendorf.de

Untersuchungs-Nr.

Abrechnung

Eingangsdatum

Ambulant

Stationär

\* Privat

Ja

Nein

Station

\* Überweisungsschein liegt bei

Ja

Nein

Klinikum Deggendorf

Telefon-Nr.:

Datum:

Unterschrift des Arztes:

\* Zutreffendes bitte ankreuzen!

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ChÄ Dr. D. Augustin      | <input type="checkbox"/> ChA Prof. Dr. St. Rath         |
| <input type="checkbox"/> ChA Dr. O. Bartenstein   | <input type="checkbox"/> ChA Dr. C. Rock                |
| <input type="checkbox"/> ChA Prof. Dr. M. Behrend | <input type="checkbox"/> ChA Prof. Dr. P. Schandelmaier |
| <input type="checkbox"/> OÄ Dr. M. Bürst          | <input type="checkbox"/> ChA Dr. L. Stark               |
| <input type="checkbox"/> ChA PD Dr. M. Giesler    | <input type="checkbox"/> ChA Dr. R. Stuth               |
| <input type="checkbox"/> ChA PD Dr. Dr. C. Klein  | <input type="checkbox"/> ChA Prof. Dr. S. Wagner        |
| <input type="checkbox"/> ChA Dr. M. Mandl         | <input type="checkbox"/> _____                          |
| <input type="checkbox"/> ChA Dr. H. Nold          |   |

Art des Materials (Bitte genaue Lokalisationsangabe):

Klinische Angaben:

Letzte Menstruation:

Hormonbehandlung:

Frühere histologische Untersuchungen (Untersuchungsnummer, Ort und Datum):

# Untersuchungsantrag

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum		

**Dr. med. W. Mohren – Dr. med. R. Babic**  
**Dr. med. M. Rotter – Dr. med. G. W. Böhm**  
**Prof. Dr. med. A. Greiner – Dr. med. B. Mohren**  
 Gemeinschaftspraxis für Pathologie und Zytologie  
**am Klinikum Deggendorf**  
**94452 Deggendorf, Postfach 12 29**  
**Telefon 09 91/3 00 41 u. 09 91/3 70 89-0, Fax 09 91/3 18 74**  
**E-Mail: info@pathologie-deggendorf.de**

Untersuchungs-Nr. \_\_\_\_\_

Abrechnung \_\_\_\_\_

**Klinische Angaben:** \_\_\_\_\_ Evtl. zytolog. o. histolog. Vorbefunde: \_\_\_\_\_

Letzte Menstruation: \_\_\_\_\_

Hormontherapie: \_\_\_\_\_

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

Unterschrift des behandelnden Arztes \_\_\_\_\_

**Anmerkungen / Empfehlung:**  
 (des Zytologen)

zytolog. Kontrolle \_\_\_\_\_

Unterschrift des Zytologen \_\_\_\_\_

Institut für Pathologie und Zytologie, Postfach 12 29, 94452 Deggendorf

Arztstempel:

## Papanicolaou-Gruppen:

- I Normalbefund
- II Entzündliche, degenerative und metaplastische Veränderungen
- III Schwere entzündliche oder degenerative Veränderungen mit schlecht erhaltenem, polymorphen Zellkernrestmaterial
- III D Zellen einer leichten – mittleren Dysplasie
- IV a Zellen einer schweren Dysplasie oder eines Carcinoma in situ
- IV b Wie IV a, Invasion aber hier bereits möglich
- V Zellen eines Carcinoms oder sonstigen malignen Tumors

## Zytologische Begutachtung

Ausgangsdatum: \_\_\_\_\_

	(+)	+	++	+++
Endocerv. Zellen				
Leukozyten				
Erythrozyten				
Stäbchen-Flora				
Misch-Flora				
Pilze				

Proliferationsgrad: \_\_\_\_\_

U-08

# - UNTERSUCHUNGSANTRAG -

**Dr. med. W. Mohren – Dr. med. R. Babic  
Dr. med. M. Rotter – Dr. med. G. W. Böhm  
Prof. Dr. med. A. Greiner – Dr. med. B. Mohren**

Institut für Pathologie und Zytologie  
**am Klinikum St. Elisabeth Straubing GmbH**  
94315 Straubing, St.-Elisabeth-Str. 23  
Telefon 0 94 21 / 78 39-0 · Telefax 0 94 21 / 78 39 15

**Institut Deggendorf**  
Telefon 09 91 / 3 70 89-0, Telefax 09 91 / 3 18 74  
E-Mail: info@pathologie-deggendorf.de

Untersuchungs-Nr.

Abrechnung

Eingangsdatum

Ambulant

Stationär

\* Privat

Station

\* Überweisungsschein liegt bei

Klinikum St. Elisabeth

Telefon-Nr.:

Datum:

Unterschrift des Arztes:

\* Zutreffendes bitte ankreuzen!

- ChA Dr. med. Ch. Gilfrich
- ChA Dr. med. H. Häuser
- ChA Prof. Dr. med. J. Jehle
- ChA Priv. Doz. Dr. med. R. Keerl
- ChA Dr. med. D. Krenz

- ChA Prof. Dr. med. G. Oedekoven
- ChA Dr. med. B.-R. Ostarek
- ChA Priv. Doz. Dr. med. H. Vogel
- ChA Prof. Dr. med. N. Weigert

Belegärzte \_\_\_\_\_

Art des Materials (Bitte genaue Lokalisationsangabe):

Klinische Angaben:

Letzte Menstruation:

Hormonbehandlung:

Frühere histologische Untersuchungen (Untersuchungsnummer, Ort und Datum):