

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. M. Gregor – Dr. med. B. Mohren
Dr. en Medicina/UC F. Cruz Cordero
Dr. med. F. Eder
 Gemeinschaftspraxis für Pathologie-Molekularpathologie-Zytologie
 am DONAUISAR KLINIKUM DEGGENDORF
 94452 Deggenndorf, 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-deggenndorf.de

Untersuchungs-Nr. _____

Abrechnung
 Igel
 Privat
 Thin Prep

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

U-03
 Arztstempel:

Zytologische Begutachtung

Ausgangsdatum: _____

Papanicolaou-Gruppen:

- I Unauffällige und unverdächtige Befunde
- II a Unauffällige Befunde bei auffälliger Anamnese
- II Befunde mit eingeschränkt protektivem Wert
- III Unklare bzw. zweifelhafte Befunde
- III D Dysplasiebefund mit größerer Regressionsneigung
- IV Unmittelbare Vorstadien des Zervixkarzinoms
- V Malignome

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

Proliferationsgrad: _____