

Begutachtungsauftrag

*Bitte
freilassen*

Patientendaten

Bitte freilassen

Bitte freilassen



MVZ für Pathologie
des Universitätsklinikums Köln

Standorte Köln-Gummersbach-Lüdenscheid-Siegen
Wilhelm-Breckow-Alle 20, 51643 Gummersbach
Telefon 02261 17 -1800, Fax 02261 17 -1811
e-mail: info@patho.koeln

Stationär: Regelleistung Privat

Wahlleistung/Arzt Ambulant: Kasse

Letzte Periode: _____ *Menopause* *Geburtenzahl* *Amenorrhoe*

Ovulationshemmer *IUP* *Östrogenzufuhr*

Früher zvtol. PAP: *I/II* *III* *III D* *IVa* *IVb*

Klinische Diagnose:

Ausgestellt am:

Unterschrift:

Arztstempel

Zytologische Begutachtung: **Endozervikalzellen vorhanden** **nicht vorhanden**

Döderleinflora **Kokkenflora** **Mischflora** **Mykose** **Metaplasie** **Entzündung**

Bemerkungen:

Proliferationsgrad

Gruppe PAP

Empfehlung: **Zytologische Kontrolle nach 6 Monaten** **Histologische Klärung** *Unterschrift* _____