

Name, Vorname des Versicherten			Zytologischer UNTERSUCHUNGSauftrag an die Medizinische Hochschule Hannover/ an das Ambulanzzentrum der MHH GmbH <small>Kommissarische Leitung: Univ.-Prof. Dr.F. Heidel/ Geschäftsführender Direktor: Prof.Dr. J. Bräsen</small>		
<div style="text-align: right;">geb. am</div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Anschrift: OE5110 30623 Hannover</div> <div>Tel 0511/532-4580 FAX 0511/532-5799</div> <div>Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001</div> </div>		
Kassen-Nr	Versicherten-Nr	Status	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> Routinezytologie <input type="radio"/> Abstrich <input type="radio"/> </div> <div> Schnellzytologie <input type="radio"/> Flüssigkeit <input type="radio"/> </div> </div>		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Betriebsstätten-Nr</div> <div>Arzt-Nr.</div> <div>Datum</div> </div>					
Anschrift (bei Privat-Patienten)			Befund an Fax-Nr: <div style="float: right;">erbeten.</div> Telefon-Nr.: <div style="float: right;">zuständiger Klinikarzt:</div> Datum: <div style="float: right;">Unterschrift:</div>		
stationär <input type="radio"/> ambulant <input type="radio"/> (Überweisung)			Regelleistung <input type="radio"/> Wahlleistung Arzt <input type="radio"/>		
<input type="radio"/> Vulva, Vagina, Vaginalstumpf, Portio			<input type="radio"/> Mamma re/li <input type="radio"/> Extragyn. Zytologie		
Klin. Diagnose: Fragestellung: gleichzeitige HPV-Typisierung: nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>			Vertragsarztstempel Einsender		
Operation: ja <input type="radio"/> , am: _____					
Strahlentherapie: ja <input type="radio"/>					
Konisation: ja <input type="radio"/> HE: ja <input type="radio"/> andere Therapie (z.B. Hormone, Zytostatika, Lokalbehandlung): _____					
Ovariectomie re/li: ja <input type="radio"/> Sonstiges: _____			OH: <input type="radio"/> IUD: <input type="radio"/>		
Vorbefunde: _____			Bemerkungen: _____		
<u>Befund</u>					
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Zytologisch</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Bakteriologisch</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Sonstiges</div>	
01 Endocervixzellen 02 Endometriumzellen 03 Granulozyten 04 Histiozyten 05 Lymphozyten 06 Erythrozyten 07 Metaplasiezellen 08 Regenerationsepithel 09 Reservezellen		01 Döderlein Flora 02 Döderlein Zytolyse 03 Bakt. Mischflora 04 Kokkenflora 05 Gardnerella vaginalis 06 Mykosen 07 Trichomonaden 08 Leptothrix		1 V. a. Herpes simplex 2 V. a. HPV 3 V.a. Chlamydien	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Beurteilung:</div>					
0 Nicht repräsentativ I Unauffälliger Befund bzw. entzündliche, regenerative, metaplastische oder degenerative Zellveränderungen, Hyperkeratose- oder Parakeratosezellen II Befund mit eingeschränkt protektivem Wert III Unklarer bzw. zweifelhafter Befund: Dysplasie/Carcinoma in situ oder invasives Wachstum nicht auszuschließen, Veränderungen wie bei Z.n. Strahlentherapie, Drüsen- u. Stromazellen des Endometriums nach der Menopause IIID Zellen einer leichten bis mäßigen Dysplasie, koilozytäre Dysplasie (HPV) IVa Zellen einer schweren Dysplasie oder eines Carcinoma in situ IVb Zellen einer schweren Dysplasie oder eines Carcinoma in situ, invasiver Prozeß nicht sicher auszuschließen V Zellen eines invasiven Karzinoms (Plattenepithelkarzinom, Adenokarzinom, Metastasen)					
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Empfehlung: Kontrolle nach <input type="radio"/> Entzündungsbehandlung <input type="radio"/> ___ Monaten <input type="radio"/> Histologie </div>					
Bemerkung: _____					
Datum: _____		Unterschrift: _____ <div style="text-align: center;">Dr.med. M. Raap (FÄ)</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> PAP-Gruppe: </div>	