

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

UNIVERSITÄTSKLINIKUM Jena

Sektion Pathologie
Institut für Rechtsmedizin
Labor Zytopathologie und Zytodiagnostik

Am Klinikum 1, Gebäude F2, Ebene U1
07747 Jena

Telefon (03641) 9-397 034
Telefax (03641) 9-397 041
Rohrpost 29 000

Eingangs-Nummer	
Abrechnungsart	
Selbstzahler	<input type="checkbox"/>
Privat	<input type="checkbox"/>
CAW	<input type="checkbox"/>

Anforderer der Leistungen:
Kostenstelle

200.2 Zytologie gynäkologisch

Eingangs-Datum						cito <input type="checkbox"/>
T	T	M	M	J	J	

Originär <input type="checkbox"/>	E. + Umwandlung <input type="checkbox"/>	Geschl. Umwandlung <input type="checkbox"/>	Leukoplakie <input type="checkbox"/>	Gefäßatypien <input type="checkbox"/>
Ektopie <input type="checkbox"/>	Offene Umwandlung <input type="checkbox"/>	atypische Umwandlung <input type="checkbox"/>	Felderung <input type="checkbox"/>	Grund <input type="checkbox"/>

Klinische Diagnose

Information

Materialannahme
Mo - Fr 07:00 - 16:30 Uhr

Anamnese

Zyklus / Tage Letzte Periode

Amenorrhoe Ra/Rö-Bestrahlung Hormonnachbehandlung

Menopause Entfernung der Ovarien IUD

Ov.-Hemmer Uterusentfernung Geburten

Gravidität / Woche

Letzter Zytologischer Befund

Lfd.-Labor-Nr.

Gruppe

Einsender-Stempel / Unterschrift

Telefon für Rückfragen

Datum

Labor-Eingangs-Datum

Zytologischer Befund

Labor-Ausgangs-Datum

Döderlein Flora <input type="checkbox"/>	Gardnerella <input type="checkbox"/>	Trichomonaden <input type="checkbox"/>
Kokken <input type="checkbox"/>	Chlamydien <input type="checkbox"/>	Herpes-Virus / Parasiten <input type="checkbox"/>
Mischflora <input type="checkbox"/>	Mykosen <input type="checkbox"/>	HPV / Koilozytose <input type="checkbox"/>
Leukozyten <input type="checkbox"/>	Regenerationsepithel <input type="checkbox"/>	Endocervikale Zellen <input type="checkbox"/>
Erythrozyten <input type="checkbox"/>	Metaplasie <input type="checkbox"/>	Endometrium-Zellen <input type="checkbox"/>
Histiozyten <input type="checkbox"/>	Degeneration <input type="checkbox"/>	Hyper-/Para-/Keratosen <input type="checkbox"/>
Funktionszytologie	Qualität des Zellmaterials	Histologie erforderlich
Eutrophes Zellbild <input type="checkbox"/>	repräsentativ <input type="checkbox"/>	Wiederholung nach Entzündungsbehandlung <input type="checkbox"/>
Östrogeneffekt <input type="checkbox"/>	bedingt auswertbar <input type="checkbox"/>	Hormonelle Aufhebung <input type="checkbox"/>
Gestageneffekt <input type="checkbox"/>	nicht repräsentativ <input type="checkbox"/>	
Hormonelle Dysbalance <input type="checkbox"/>		
Hormongrad Reifewert nach Schmitt		
Pap-Gruppe	I/II	III
Kontrolle in	IIID	IVa
Makroskopie:	IVb	V
	Abstrichpräparat <input type="checkbox"/>	Abstrichlösung <input type="checkbox"/>
Kommentar	Labor-Datum <input type="checkbox"/>	1. Labor-Unterschrift
	Stempel	2. Labor-Unterschrift

Stand 19.11.2018