

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"/>	Gesch. 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

<b>Anamnese</b>		Einsender-Stempel / Unterschrift		Telefon für Rückfragen	
Zyklus / Tage <input type="checkbox"/>	Letzte Periode <input type="checkbox"/>			Datum <input type="checkbox"/>	
Amenorrhoe <input type="checkbox"/>	Ra/Rö-Bestrahlung <input type="checkbox"/>				
Menopause <input type="checkbox"/>	Entfernung der Ovarien <input type="checkbox"/>				
Ov.-Hemmer <input type="checkbox"/>	Uterusentfernung <input type="checkbox"/>				
Gravidität / Woche <input type="checkbox"/>	Geburten <input type="checkbox"/>				
<b>Letzter Zytologischer Befund</b>					
Lfd.-Labor-Nr.					
Gruppe					

Labor-Eingangs-Datum					
T	T	M	M	J	J

### Zytologischer Befund

Labor-Ausgangs-Datum					
T	T	M	M	J	J

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"/>
<b>Funktionszytologie</b>	<b>Qualität des Zellmaterials</b>	<b>Histologie erforderlich</b>
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"/>		
<b>Hormongrad</b> Reifewert nach Schmitt		
<b>Pap-Gruppe</b>	I/II	III
<b>Kontrolle in</b>	IIID	IVa
<b>Makroskopie:</b>	IVb	V
		Abstrichpräparat <input type="checkbox"/>
		Abstrichlösung <input type="checkbox"/>
Kommentar	Labor-Datum <input type="checkbox"/>	1. Labor-Unterschrift
	Stempel	
		2. Labor-Unterschrift