

Krebsfrüherkennung - Frauen



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

Zytologische Untersuchung	
Unters.- Nummer	Eingangs- datum
	Ausgangs- datum

Laborbarcode

Zytologischer Befund

Zellmaterial nicht verwertbar

Endozervikale Zellen

vorhanden nicht vorhanden

Geburtsjahr

Tag der Untersuchung

Anamnese

Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?

nein ja, zuletzt im Jahr _____

Ggf. Nr. des letzten zytolog. Befundes _____ Gruppe _____

Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales

nein ja Welche? _____

Wann? _____

Zahl der Schwangerschaften einschließlich Fehlgeburten _____

Jetzt: nein ja

Letzte Periode Gravidität

Path. gynäkologische Blutungen z.B. zwischen den normalen Regeln, Dauer- oder Schmierblutung im Klimakterium, in der Postmenopause, bei Verkehr, blutig-bräunlicher Ausfluss

nein ja

Sonstiger Ausfluss nein ja

IUP nein ja

Ovulationshemmer nein ja

Sonstige Hormon-Anwendung nein ja

Welche? _____

Warum? _____

Befund	nein	ja
Vulva Inspektion auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portio und Vagina Spiegeleinstellung auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inneres Genitale Gyn. Tastbefund auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inguinale Lymphknotenauffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bish. unbek. behandlungsbed. Nebenbefunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haut Wachstum, Verfärbung oder Blutung eines Pigmentfleckens oder Knotens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mamma Inspektions-/Tastbefund auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Axilläre Lymphknoten auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rektum / Kolon Abgang von Blut oder Schleim mit dem Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neu aufgetr. Unregelmäßigkeiten im Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tastbefund auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhltest zurückgegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhltest positiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Proliferationsgrad _____

Döderleinflorea Mischflora Kokkenflora

Trichomonaden Candida Gardnerella

Gruppe _____

Bemerkungen _____

Empfehlung zytologische Kontrolle

nach Entzündungsbehandlung

nach Östrogenbehandlung

nach _____

histologische Klärung

Vertragsarztstempel / Unterschrift
des zytologisch tätigen Arztes

Gyn. Diagnose _____

RR

Bei Werten über 140/90 bitte 2. Messung eintragen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

Zusätzl. ab dem Alter von 30 Jahren

Zusätzl. ab dem Alter von 50 Jahren

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes