

# Antrag auf zytologische Untersuchung

**Institut für Pathologie**  
Universitätsklinikum Bonn



**Direktor: Prof. Dr. Glen Kristiansen**

Venusberg-Campus 1, 53127 Bonn  
Befundsauskunft: ☎ 0228 287-15375

Mo. - Fr. 8:00 bis 18:00 Uhr  
Fax: 0228 287-15030



Station \_\_\_\_\_

Telefon/Fax \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Uhrzeit \_\_\_\_\_

**Entnahmestelle des Materials:**

- |  |                                   |                              |
|--|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> Ascites          | <input type="radio"/> Pleura      | <input type="radio"/> Urin   |
| <input type="radio"/> Douglas          | <input type="radio"/> Portio      | <input type="radio"/> Vagina |
| <input type="radio"/> Liquor           | <input type="radio"/> Schilddrüse | <input type="radio"/> Vulva  |
| <input type="radio"/> Mamma li / re    | <input type="radio"/> Sperma      | <input type="radio"/> Zervix |
| <input type="radio"/> Ovar             | <input type="radio"/> Sputum      |                              |
| <input type="radio"/> Sonstiges: _____ |                                   |                              |

**Bitte die weißen Felder nicht beschriften.**

Auswärtige Befund-Nr. \_\_\_\_\_

**Spezialuntersuchungen:**

- Immunzytologie  
 HPV (Molekularpathologie)  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Zytologischer Befund:**

Gruppe: \_\_\_\_\_ Grad: \_\_\_\_\_ Dysplasie: \_\_\_\_\_  
 Entzündung: \_\_\_\_\_

**Qualität des Abstrichs:**

- Cervixepithelien:  
 vorhanden  nicht vorhanden  
 ausreichend  nicht ausreichend

**Bemerkungen zum zytologischen Befund:**

Dauer der Erkrankung und bisheriger Verlauf:

Aktueller klinischer Befund:

Spezielle Fragestellungen:

Strahlentherapie:

Chemotherapie:

Sonstige Medikamente:

**Bei gynäkol. Material zusätzlich:**

Zyklusdauer: \_\_\_\_\_ Beginn der letzten Regel: \_\_\_\_\_  
 Geburten: \_\_\_\_\_ Fehlgeburten: \_\_\_\_\_ z. Zt. gravide? \_\_\_\_\_  
 Hormonbehandlung? \_\_\_\_\_ Wie lange? \_\_\_\_\_ Ovulationshemmer? \_\_\_\_\_  
 Gyn. Operationen: \_\_\_\_\_ Sonstige Angaben: \_\_\_\_\_

**Infektiöses Material:**

- |  |                           |                                      |
|--|---------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> HBV              | <input type="radio"/> TBC | <input type="radio"/> nein           |
| <input type="radio"/> HCV              | <input type="radio"/> HIV | <input type="radio"/> HPV Typ: _____ |
| <input type="radio"/> Sonstiges: _____ |                           |                                      |

**Empfehlung:**

- Zytologische Kontrolle nach \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_  
 Histologische Abklärung  
 \_\_\_\_\_

Unterschrift der Zytologin

Einsender

bitte

**Arztstempel**

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
 Ort \_\_\_\_\_ Unterschrift eines Arztes

AP	N	EP	BL	Material
----	---	----	----	----------

Zusätzliche Übermittlung des Gutachtens erbeten an:

Versandmaterial erwünscht?