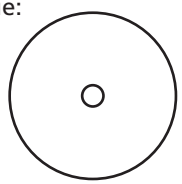
AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	KNAPP-SCHAFT	UV	
(Name des Versicherten/ Versorgungsberechtigten)			*(Vorname)*		*(geb. am)*			
(Ehegatte/ Kind/ Sonst. Angeh.)			*(Vorname)*		*(geb. am)*			
(Arbeitgeber/ Dienststelle/ Rentner/ BVG/ Freiw.)			*(Mitgl.-Nr.)*		*(Krankensch.-Nr.)*			
(Wohnung des Patienten)								

Klinische Angaben (bitte unbedingt angeben)

Diagnose:
Letzte Regel:
Gyn. Operationen:
Ra.;Rö. Bestrahlung:
Hormontherapie:

Kolposkopie:



Entnahmestelle:

Zervix ☐ Portio ☐
Vulva ☐ Korpus ☐
Vagina ☐

Fragestellung:

Krebsdiagnostik ☐
Funktionsdiagnostik ☐

Früherer zytologischer Befund Nr.

Entnahmedatum *Einsender (Stempel, Unterschrift)*

ZYTOLOGIELABOR
DR. MED. KÜHLER-OBBARIUS, M.I.A.C.

Fangdieckstraße 75a
22547 Hamburg
Tel.: 040/180 04 33 35
Fax: 040/180 04 33 55

Zytologischer Befund:

☐ **Thin-Prep** ☐ **HPV** ☐ **p16 / Ki-67**

Untersuchungs-Nr.: _____ Eingangsdatum: _____

Abstrichqualität:
☐ **Repräsentativ** ☐ **Bedingt repräsentativ** ☐ **Nicht verwertbar**

Endozervikalzellen vorhanden: ☐ Ja ☐ Nein

Proliferationsgrad: _____

Döderleinflora ☐ Mischflora ☐ Kokkenflora ☐
Trichomonaden ☐ Candida ☐ Gardnerella ☐

Gruppe: _____

Bemerkungen: _____

Empfehlung
☐ Zytologische Kontrolle
☐ Nach _____
☐ Histologische Klärung

Unterschrift des zytologisch tätigen Arztes