

DOKUMENTATIONSBOGEN ZYTOLOGISCHE UNTERSUCHUNG VON ABSTRICHEN DER ZERVIX UTERI (gemäß § 135 Abs. 2 SGB V Qualitätssicherungs-Vereinbarung Zervix-Zytologie)

Name, Vorname des Patienten (in Druckbuchstaben)

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Präparat-Identifikation _____

Praxisstempel

Originalbefund beigelegt

Zytologischer Befund

Endozervikale Zellen	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> vorhanden	
Gruppen: Münchner Nomenklatur III			
<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> III-p	<input type="checkbox"/> IVa-p	<input type="checkbox"/> V-p
<input type="checkbox"/> II-a	<input type="checkbox"/> III-g	<input type="checkbox"/> IVa-g	<input type="checkbox"/> V-g
<input type="checkbox"/> II-p	<input type="checkbox"/> III-e	<input type="checkbox"/> IVb-p	<input type="checkbox"/> V-e
<input type="checkbox"/> II-g	<input type="checkbox"/> III-x	<input type="checkbox"/> IVb-g	<input type="checkbox"/> V-x
<input type="checkbox"/> II-e	<input type="checkbox"/> IIID1		
	<input type="checkbox"/> IIID2		
Zellmaterial nicht verwertbar	<input type="checkbox"/>		
Proliferationsgrad	_____		
Empfehlung	<input type="checkbox"/> zytologische Kontrolle <input type="checkbox"/> nach Entzündungsbehandlung <input type="checkbox"/> nach Östrogenbehandlung <input type="checkbox"/> nach _____ <input type="checkbox"/> histologische Klärung		
Bemerkungen	<input type="checkbox"/> z.B. Präparat defekt <input type="checkbox"/> z.B. Präparat umgefärbt <input type="checkbox"/>		

Ort, Datum

Unterschrift