

Auftragsnummer des Labors



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

Alterskategorie

☐

20-29  
Jahre

☐

30-34  
Jahre

☐

ab 35  
Jahre

**Auftrag**
*(Bitte beachten Sie die Ausfüllhinweise für verschiedene Beauftragungsszenarien)*
☐

Primär-  
screening

☐

Abklärungs-  
diagnostik

☐

Zytologie

☐

HPV-Test

☐

Ko-Testung  
(Zyt.+HPV)

**Anamnese**

Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?

☐

nein

☐

ja, zuletzt

Gruppe

HPV-Impfung

☐

vollständig

☐

unvollständig

☐

keine

☐

unklar

HPV-HR-Testergebnis

☐

liegt nicht vor

☐

liegt vor

☐

positiv

☐

negativ

☐

nicht verwertbar

Gynäkologische OP,  
Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales

☐

nein

☐

ja Welche?

Wann?

**Jetzt:**

Letzte  
Periode

nein

ja

Gravidität

Ausfluss / pathologische Blutung

IUP

Einnahme von Ovulationshemmer /  
sonstige Hormonanwendung

*(ggf. bitte in Anmerkungen erläutern)*

Klinischer Befund

☐

unauffällig

☐

auffällig

**Erläuterungen**
*ggf. gyn. Befunde (Vulva, Vagina, Portio);  
Diagnosen; sonstige Anmerkungen*
**Ausfertigung für den zytologisch tätigen Arzt**

## Zytologischer Befund / Kombinationsbefund

Eingangsdatum

Endozervikale Zellen

☐

vorhanden

☐

nicht vorhanden

Proliferationsgrad

☐

Döderleinflora

☐

Mischflora

☐

Kokkenflora

☐

Trichomonaden

☐

Candida

☐

Gardnerella

Gruppe

HPV-HR-Testergebnis

☐

positiv, wenn ja: Liegt HPV-Typ 16 oder HPV-Typ 18 vor?

☐

ja

☐

nein

☐

nicht  
differenzierbar

☐

negativ

☐

nicht verwertbar

**Bemerkungen**

## Zusammenfassende Empfehlung

☐

zytologische Kontrolle

☐

nach Entzündungsbehandlung

☐

nach Östrogenbehandlung

☐

HPV-Test

☐

Ko-Test

☐

Abklärungskolposkopie

Zeitraum

☐

in
Monaten

☐

sofort

Vertragsarztstempel / Unterschrift  
des zytologisch tätigen Arztes

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes