

**ZAM Uniklinikum Jena gGmbH
Institut für Klinikpathologie Eisenach**

Ltd. FA Doz. Dr. sc. med. H.-J. Schulz

Stregdaer Allee 6 a • 99817 Eisenach
Tel.: 0 36 91 / 81 80 70 • Fax: 0 36 91 / 81 80 71
E-Mail: info@patho-eisenach.de • www.patho-eisenach.de

Name, Vorname _____
Geb.-Datum _____
ausgeübter Beruf _____
Anschrift _____
Kostenträger _____

Schnellschnitt
 CITO-Befund
 Befund per Fax

ambulant
 stationär privat

Fax: _____
Tel.: _____

Eingang-Nr.: _____

Begutachtungsauftrag für Histologie / Zytologie – Gynäkologie

Von Pathologie auszufüllen!

Zuschnitt / Färbungen:	Immun + Zusatzfärbung:
	Sonstiges:

Makrotext: _____

Eingangsdatum _____
Annahme _____
Erfassen _____
Zuschnitt _____
Befunder _____
Rest _____
Ausgangsdatum _____

Material (Art, Entnahmen etc.) / Fragestellung / Bemerkung:

Art des Untersuchungsmaterials _____

Konus: **Zytologie:**

Abradat: Cervix Corpus

Organmaterial: re. Adnexe li. Adnexe
 re. pelv. LK li. pelv. LK
 Uterus u.a.

Vorherige Untersuchung: auswärts
 bei uns – H-Nr. _____

Befundkopie (an/in): _____

Anforderung: Begutachtungsanträge: _____ Einsendegefäße: _____

Anamnese:

Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungs- 1 nein
untersuchung durchgeführt? 2 ja zuletzt _____

Ggf. Nr. des letzten zyt. Bef. _____ Gruppe: _____

Gyn. Op., Strahlen- oder
Chemotherapie des Genitales: 1 nein 2 ja

Welche? Wann? _____

Zahl der Schwangerschaften einschließlich Fehlgeburten:

Jetzt nein ja

Letzte Periode: _____

Gravidität: _____

Path. gyn. Blutungen (z. B. zwischen den normalen Regeln,
Dauer- oder Schmierblutung, im Klimakterium, in der Post-
menopause, bei Verkehr, blutig-bräunlicher Ausfluss): _____

Sonstiger Ausfluss: _____ 1 2

IUP: _____

Ovulationshemmer: _____

Sonstige Hormon-Anwendung: _____

Welche? Warum? _____

Befund nein 4 ja 5

Vulva: Inspektion auffällig _____

Portio und Vagina: Spiegeleinstellung auffällig _____

Inneres Genital: Gyn. Tastbefund auffällig _____

Inguinale Lymphknoten auffällig: _____

Bish. unbek. behandlungsbed. Nebenbefunde: _____

(Absender-Stempel)

Anfordernder Arzt: _____

Telefon: _____

Datum / Zeit der Entnahme: _____ Unterschrift: _____