

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w geb. am						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum		
Ort:						
Klinik:						
Telefon Nr.:						
Fax:						
Stempel						

UNTERSUCHUNGSANTRAG

Drs. med. W. und B. Mohren – Dr. med. R. Babic
Dr. en Medicina/UC F. Cruz Cordero
Dr. med. M. Gregor
Gemeinschaftspraxis für Pathologie - Molekularpathologie - Zytologie
am DONAUISAR KLINIKUM DEGGENDORF
Akadem. Lehrkrankenhaus
d. Med. Hochschule Hannover
94452 Deggendorf, Postfach 12 29
Telefon 09 91/3 00 41 u. 09 91/3 70 89-0, Telefax 09 91/3 18 74
E-Mail: info@pathologie-deggendorf.de

Untersuchungs-Nr.

Abrechnung

Ambulant Stationär Stat.-Nr. _____

- * Privatpatient (Selbstzahler oder Wahlleistung Arzt)
- * stationärer Patient ohne Wahlleistung Arzt
- * Berufsgenossenschaft
- * Überweisung liegt bei

Datum:

Unterschrift des Arztes:

* Zutreffendes bitte ankreuzen!

Art des Materials (Bitte genaue Lokalisationsangabe):

Klinische Angaben:

Letzte Menstruation:

Hormonbehandlung:

Frühere histologische Untersuchungen (Untersuchungsnummer, Ort und Datum):

U-01/Ab

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w geb. am						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum		
Ort:						
Klinik:						
Telefon Nr.:						
Fax:						
Stempel						

UNTERSUCHUNGSANTRAG

Untersuchungs-Nr.

Drs. med. W. und B. Mohren – Dr. med. R. Babic
Dr. en Medicina/UC F. Cruz Cordero
Dr. med. M. Gregor
Gemeinschaftspraxis für Pathologie und Zytologie
am DONAUISAR KLINIKUM DEGGENDORF
Akadem. Lehrkrankenhaus
d. Med. Hochschule Hannover
94452 Deggendorf, Postfach 12 29
Telefon 0991/3 00 41 u. 0991/3 70 89-0, Telefax 0991/318 74
E-Mail: info@pathologie-deggendorf.de

Abrechnung:

Ambulant Stationär

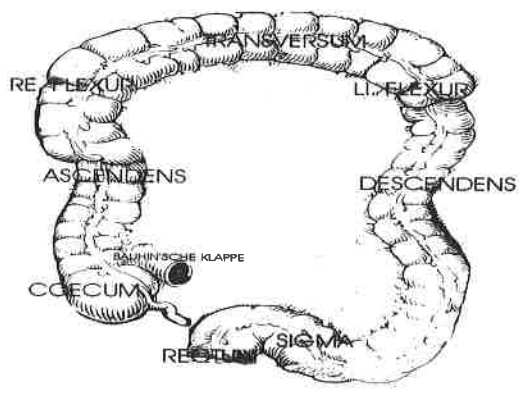
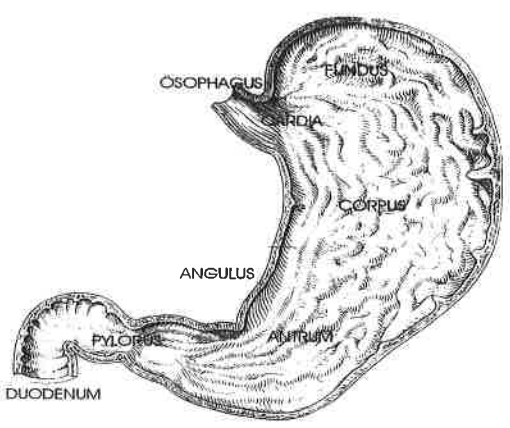
* Privat ja nein Stat.-Nr. _____

* Überweisungsschein liegt bei: ja nein

Datum:

Unterschrift des Arztes:
* Zutreffendes bitte ankreuzen!

Art des Materials (Bitte genaue Lokalisationsangabe):



Frühere histologische Untersuchungen (Untersuchungsnummer, Ort und Datum):

U-01 MD

Untersuchungsantrag

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum		

Drs. med. W. und B. Mohren – Dr. med. R. Babic
Dr. en Medicina/UC F. Cruz Cordero
Dr. med. M. Gregor

Gemeinschaftspraxis für Pathologie-Molekularpathologie-Zytologie
 am DONAUISAR KLINIKUM DEGGENDORF
 94452 Deggendorf, Postfach 12 29
 Telefon 09 91/3 00 41 u. 09 91/3 70 89-0, Fax 09 91/3 18 74
 E-Mail: info@pathologie-deggendorf.de

Untersuchungs-Nr.

Abrechnung

Klinische Angaben:

Evtl. zytolog. o. histolog. Vorbefunde:

Letzte Menstruation:

Hormontherapie:

Ovulationshemmer/IUP:

Unterschrift des behandelnden
Arztes

Anmerkungen / Empfehlung:

(des Zytologen)

zytolog. Kontrolle

Unterschrift des Zytologen

U-03

Arztstempel:

Zytologische Begutachtung

Papanicolaou-Gruppen:

- I Unauffällige und unverdächtige Befunde
- II a Unauffällige Befunde bei auffälliger Anamnese
- II Befunde mit eingeschränkt protektivem Wert
- III Unklare bzw. zweifelhafte Befunde
- IIID Dysplasiebefund mit größerer Regressionsneigung
- IV Unmittelbare Vorstadien des Zervixkarzinoms
- V Malignome

Ausgangsdatum:

	(+)	+	++	+++
Endocerv. Zellen				
Leukozyten				
Erythrozyten				
Stäbchen-Flora				
Misch-Flora				
Candida				
Gardnerella				

Proliferationsgrad: _____