



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

Eingangsnummer
Eingangsdatum

ANTRAG ZUR ZYTOLOGISCHEN BEGUTACHTUNG

Bitte ankreuzen! ☐ Gynäkologische Zytologie

☐ Extragenitale Zytologie

Gynäkologischer Befund	Untersuchungsgut:
Letzte Regel:	I.
Operationen:	II.
☐ Menopause Jahr	III.
☐ Gravidität Schwangerschaftswoche	
☐ Hormontherapie (Ovulationshemmer, Antihormone)	Klinische Angaben:
Monate	
☐ pathologische Blutung	
☐ Fluor	
☐ Strahlenbehandlung	
☐ IUP	
Kolposkopie	Besondere Fragestellung:
Fragestellung	
☐ Karzinom ☐ Funktion ☐ Kontrolle	
Letzte zytologische Befund-Nr.	
PAP	

Stempel

Datum

Unterschrift des einsendenden Arztes