

Patienten-/Versichertendaten



Stempel und Unterschrift des Einsenders

Auffälliger Vorbefund:

**Anamnese:**

- IUD
- LP: \_\_\_\_\_  Ovulationshemmer
- Hysterektomie  Hormone
- Gravidität  Radiatio
- SSW \_\_\_\_\_  HPV-Impfung

Klinische Diagnose, Kolposkopie:

**Zytologisches Labor**  
**Dr. med. Petra Berlinghoff**

Blaufärbergasse 6  
59348 Lüdinghausen

Tel 025 91 - 25 97 89 16 · Fax 025 91 - 25 97 89 17  
info@zytologie-lh.de · www.zytologie-lh.de



Indikation: \_\_\_\_\_ Material: \_\_\_\_\_

**Zytologischer Befund**

Unters.-Nr./Datum

Gruppe

Zellmaterial nicht verwertbar

Endozervikale Zellen

vorhanden

nicht vorhanden

Proliferationsgrad: \_\_\_\_\_

Döderleinflora

Mischflora

Kokkenflora

Trichomonaden

Candida

Gardnerella

Leukozyten

Erythrozyten

Metaplasien

**Empfehlung:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Arztstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des zytologisch tätigen Arztes