

# Dr. med. T. Gaul, A. Switala, Dr. med. M. Koch

Gemeinschaftspraxis für Pathologie, Heubnerweg 2 A

Tel.: 030 – 322 50 95 / Fax: 030 – 32 64 11 29

PATIENTENDATEN:

Eingangs Nr. (Barcode Histolabor)

Eingangsdatum: \_\_\_\_\_

Entnahmedatum: \_\_\_\_\_

Voruntersuchungen:

Material:

- Zervixabstrich
- Endometriumbiopsie
- Sonstiges Material

Anmerkungen:.....

.....

.....

Zyklus:

relevante Operationen:

Ovulationshemmer:

Bestrahlung:

Amenorrhoe:

Sonstiges:

Letzte Regel:

Menopause seit:

**Datum/Unterschrift**

**Einsender:**

.....

Erythrozyten

Döderlein-Flora

Leukozyten

Mischflora

Endozervikale Zellen

Kokken

Endometrielle Zellen

Trichomonaden

Entzündung

Mykose

**Proliferationsgrad (Schmitt):**

**Gruppe nach Papanicolaou:**

**Bemerkungen:**

**Therapieempfehlung:**

Datum der Befunderhebung

Unterschrift/Stempel