

Anamnese:**Tumorleiden?:****Klinische Diagnose und Fragestellung:****Zyklustag:****Letzte Periode am:****Gravidität Mens:**

Z.n. Hysterektomie: ja / nein

Z.n. Adnektomie: ja / nein

IUP: ja / nein

07.25/rev.1

FB-PA 09 U-Antrag Pathologie (Gynäkologische Zytologie)

Seite 1 von 1

Untersuchungsantrag**Sozialstiftung Bamberg**

Ärztliche Praxiszentren

MVZ am Bruderwald gGmbH
Praxis und Institut für Pathologie,
Neuropathologie, Molekulare
Diagnostik und Zytologie

Postfach 24 20, 96015 Bamberg
Tel. 0951/503-13201
Fax. 0951/503-13209

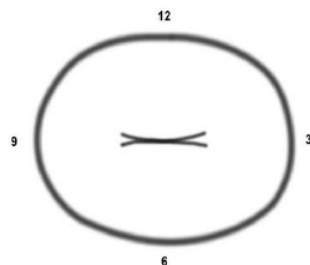
Mail: mvz-pathologie@sozialstiftung-bamberg.de

Gynäkologische Zytologie

Prof. Dr. R. Buslei
Prof. Dr. F. Kiesewetter
&Kollegium

☐ ambulant ☐ Privat ☐ AOP
☐ stationär ☐ KVB ☐ BG
☐ PostB ☐ Vorsorge

Eingangsnummer (Feld bitte leer lassen)



Frühere Begutachtung in BA:

☐ Ja, im Jahr: _____☐ Nein

Ov.Hemmer/ Hormongabe seit:

Präparat:

Atyp. Umwandlung: ja / nein

Gefäßatypien: ja / nein

Leukoplakie: ja / nein

HPV-Test: ja / nein

Ggf. HPV-Typen:

Stempel und Unterschrift d. Arztes

Anamnese:**Tumorleiden?:****Klinische Diagnose und Fragestellung:****Zyklustag:****Letzte Periode am:****Gravidität Mens:**

Z.n. Hysterektomie: ja / nein

Z.n. Adnektomie: ja / nein

IUP: ja / nein

07.25/rev.1

FB-PA 09 U-Antrag Pathologie (Gynäkologische Zytologie)

Seite 1 von 1

Untersuchungsantrag**Sozialstiftung Bamberg**

Ärztliche Praxiszentren

MVZ am Bruderwald gGmbH
Praxis und Institut für Pathologie,
Neuropathologie, Molekulare
Diagnostik und Zytologie

Postfach 24 20, 96015 Bamberg
Tel. 0951/503-13201
Fax. 0951/503-13209

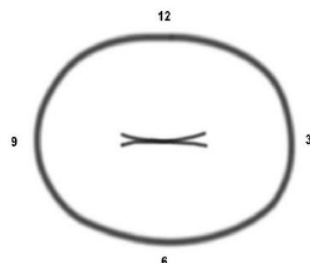
Mail: mvz-pathologie@sozialstiftung-bamberg.de

Gynäkologische Zytologie

Prof. Dr. R. Buslei
Prof. Dr. F. Kiesewetter
&Kollegium

☐ ambulant ☐ Privat ☐ AOP
☐ stationär ☐ KVB ☐ BG
☐ PostB ☐ Vorsorge

Eingangsnummer (Feld bitte leer lassen)



Frühere Begutachtung in BA:

☐ Ja, im Jahr: _____☐ Nein

Ov.Hemmer/ Hormongabe seit:

Präparat:

Atyp. Umwandlung: ja / nein

Gefäßatypien: ja / nein

Leukoplakie: ja / nein

HPV-Test: ja / nein

Ggf. HPV-Typen:

Stempel und Unterschrift d. Arztes