

## GYNÄKOLOGISCH-ZYTOLOGISCHE ABSTRICHUNTERSUCHUNG

Patient: Familienname (in Blockschrift)

Vorname (in Blockschrift)

Geburtsname:

Geburtsdatum:

Versicherungsnummer:

Selbstzahler:

ja

PLZ:

Wohnort:

Straße:

Abstrich von

VULVA

VAGINA

PORTIO

EKTOZERVIX

ENDOZERVIX

BLINDSACK

ANDERES

Abnahme durch

SPATEL

BRUSH

ANDERES

IUD

POST PARTUM

PATHOLOG. BLUTUNG

STRAHLENTHERAPIE

CHEMOTHERAPIE

HORMONTHERAPIE

GRAVIDITÄT:  ja (.....SSW)  nein

LETZTE MENSES AM: .....

PRÄMENOPAUSE  PERIMENOPAUSE  MENOPAUSE  POSTMENOPAUSE

KOLPOSKOPISCHE DIAGNOSE:

KLINISCHE DIAGNOSE:

KONTROLLABSTRICH BEI UNKLAREM VORBEFUND:

JA  NEIN

HISTO-ZYTO-VORBEFUNDE:

JA  NEIN  BEFUNDERGEBNIS: PAPI  PAPII  PAPIII  Anderes: .....

HPV-BEFUND AM .....

HIGH RISK  LOW RISK  INTERMEDIÄR  POSITIVITÄT (TYP ..... ) NEGATIVITÄT

**(aktuellen HPV-Befund bitte unbedingt unaufgefordert nachsenden)**

SONSTIGE ANMERKUNGEN:

Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name/Stempel des einsendenden Arztes

Tel.. \_\_\_\_\_

**HINWEIS:** Nur eine vollständig und gut leserlich ausgefüllte Anweisung ermöglicht eine rasche Befundausfolgung!

Bei Fehlen eines Überweisungsscheines muß dem Patienten der Selbstzahlertarif verrechnet werden!