

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: PAP I PAP II PAP III 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!