

# Gynäkozytologie

## Patient

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

PLZ/Ort:

AHVN13: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  Mann  Frau

ambulant  stationär

Rechnung an:  Patient  Krankenkasse  Einsender  Andere:

Einsender (Name, Vorname, Adresse, Tel., Stempel):

Krankenkasse:

Versicherten-Nr.:

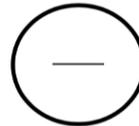
Entnahmedatum/-zeit:

Kopie(n) an (Name, Vorname, Ort):

## Klinische Angaben / Fragestellung

- Zyklusanomalien:  
 Letzte Periode:  
 Menopause seit:  
 Gravidität SSW:  
 Post partum  
 Strahlen-/Zytostatikatherapie  
 HPV-Impfung:  komplett  inkomplett  
 Hormonelle Kontrazeption:  
 IUD:  
 Hormonersatzbehandlung:  
 Adjuvante Hormontherapie  
 Fragen, Anmerkungen:

Kolposkopie-Befund:



Nativbefund:

Zusatzuntersuchungen:  HPV-Typisierung  Anderes:

Frühere Untersuchungen:

Schnellbeurteilung:  Ja Telefon-Nr.:

## Untersuchungsmaterial:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abstrich Ektozervix | <input type="checkbox"/> Abstrich Vulva                    |
| <input type="checkbox"/> Abstrich Endozervix | <input type="checkbox"/> Abstrich Scheidendom              |
| <input type="checkbox"/> Abstrich Vagina     | <input type="checkbox"/> Abstrich Rest-CK (bei Konisation) |
| <input type="checkbox"/> Anderes             |  |

## Vom Institut für Pathologie auszufüllen:

C-Nr.	Thin Prep	Pap-Färbung	Anzahl OT

Vom Institut für Pathologie auszufüllen:		Datum:
Befunde	Bethesda-Klassifikation	Varia
Screening Visum 1		
Screening Visum 2		
Supervision (definitive Diagnose) Visum		