

**KANTONSPITAL WINTERTHUR**

Institut für Pathologie, Brauerstrasse 15,
 Postfach 834, CH-8401 Winterthur,
 Tel. Sekretariat 052 266 25 04,
 Tel. Zytologie 052 266 25 14 oder 16,
 Fax 052 266 45 07

Gynäkologische Zytologie

| | |
|-------------------------------------|--|
| Einsender: (bitte Stempel) | Kopie an: (bitte Adresse angeben) |
| | |
| Bei Schnelluntersuchung Antwort an: | |
| Telefon: _____ Fax: _____ | |

| | | | |
|---------------------|--|--|----------------------------------|
| Rechnung an: | <input type="checkbox"/> Einsender | <input type="checkbox"/> Patient (bitte Adresse angeben) | <input type="checkbox"/> Andere |
| | <input type="checkbox"/> Krankenkasse + Mitglied Nr. | | |
| Indikation: | <input type="checkbox"/> Vorsorge | <input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle | <input type="checkbox"/> Anderes |

Patientin:

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Dat.: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

Entnahme-Datum: Tag Monat Jahr

Entnahme-Ort: Portio Zervix Vagina Vulva

Letzter Abstrich: (Nr./Jahr/Institut) _____ **Befund:** _____

Letzte Periode: _____

Klinische Angaben:

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Routinekontrolle <input type="checkbox"/> Kolposkopie unauffällig <input type="checkbox"/> Matrixbezirke <input type="checkbox"/> Ovulationshemmer <input type="checkbox"/> Spirale <input type="checkbox"/> Gravidität <input type="checkbox"/> Abort <input type="checkbox"/> post partum <input type="checkbox"/> Menopause <input type="checkbox"/> Hormontherapie <input type="checkbox"/> PMP-Blutung <input type="checkbox"/> Zwischenblutung <input type="checkbox"/> Kontaktblutung <input type="checkbox"/> CK-Polyp <input type="checkbox"/> Prolaps <input type="checkbox"/> Status nach Knipsbiopsie, Datum: _____ | <input type="checkbox"/> Status nach Konisation, Datum: _____ <input type="checkbox"/> Status nach EK / Kryotherapie, Datum: _____ <input type="checkbox"/> Status nach Lasertherapie, Datum: _____ <input type="checkbox"/> Status nach Curettage, Datum: _____ <input type="checkbox"/> Status nach Hysterektomie, Datum: _____ <input type="checkbox"/> Kontrolle nach Entzündungsbehandlung <input type="checkbox"/> Kontrolle nach Oestrogenherapie <input type="checkbox"/> Strahlentherapie <input type="checkbox"/> HPV-Infektion |
|---|---|

Zusatzuntersuchungen:

Erreger-PCR (Panel für: Chlamydien, Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Mycoplasma hominis, Mycoplasma genitalium, Ureaplasma urealyticum, Ureaplasma parvum)

High-risk HPV Genotypisierung mit ThinPrep-Beurteilung

High-risk HPV Genotypisierung ohne ThinPrep-Beurteilung

Weitere Angaben:

Datum: _____ Unterschrift: _____