

Gynäkologische Zytologie

Einsender: (bitte Stempel)

Kopie an: (bitte Adresse angeben)

Bei Schnelluntersuchung Antwort an:

Telefon:

Fax:

Rechnung an: Einsender Patient (bitte Adresse angeben) Andere
 Krankenkasse + Mitglied Nr.

Indikation: Vorsorge Verlaufskontrolle 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"/> Status nach Konisation, Datum:
<input type="checkbox"/> Kolposkopie unauffällig	<input type="checkbox"/> Status nach EK / Kryotherapie, Datum:
<input type="checkbox"/> Matrixbezirke	<input type="checkbox"/> Status nach Lasertherapie, Datum:
<input type="checkbox"/> Ovulationshemmer	<input type="checkbox"/> Status nach Curettage, Datum:
<input type="checkbox"/> Spirale	<input type="checkbox"/> Status nach Hysterektomie, Datum:
<input type="checkbox"/> Gravidität	<input type="checkbox"/> Kontrolle nach Entzündungsbehandlung
<input type="checkbox"/> Abort	<input type="checkbox"/> Kontrolle nach Oestrogentherapie
<input type="checkbox"/> post partum	<input type="checkbox"/> Strahlentherapie
<input type="checkbox"/> Menopause	<input type="checkbox"/> HPV-Infektion

Hormontherapie

PMP-Blutung

Zwischenblutung

Kontaktblutung

CK-Polyp

Prolaps

Status nach Knipsbiopsie, Datum:

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: