

GYNÄKOLOGISCH-ZYTOLOGISCHE ABSTRICHUNTERSUCHUNG

Patient: Familienname Vorname (in Blockschrift)

Geburtsname:

Geburtsdatum:

Vers.Nr.:

Kasse:

PLZ:

Wohnort:

Straße:

Abstrich von

VULVA

VAGINA

PORTIO

EKTOC.

ENDOC.

BLINDS.

ANDERES

ambulant

stationär

Abnahme durch

SPATEL

BRUSH

ANDERES

Histo-Cyto Vorbefunde:

IUD

POST PARTUM

PATHOLOG. BLUTUNG

STRAHLENTH.

CHEMOTHERAPIE

HORMONTHERAPIE

KOLPOSKOP. DIAGNOSE

LETZTE MENSES

KO. ABST. bei unklarem

Vorbefund

JA

NEIN

KLINISCHE DIAGNOSE

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!

QUALITÄT			KEIM	GRUPPE			
EINGESCHRÄNKT			M <input type="checkbox"/>	EMPFEHLUNG/BEMERKUNG			
			D <input type="checkbox"/>				
M/T	Zü <input type="checkbox"/>	pQu <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/>				
R	kZz <input type="checkbox"/>	Za <input type="checkbox"/>	T <input type="checkbox"/>				
NICHT BEURTEILBAR			HPV Status				
M/T	dZü <input type="checkbox"/>	mQu <input type="checkbox"/>	LR <input type="checkbox"/>	VID	MTA	A-ARZT	F-ARZT
R	uM <input type="checkbox"/>	keZ <input type="checkbox"/>	HR <input type="checkbox"/>				

Bitte nicht ausfüllen! Dient zur institutseigenen Leistungserfassung