

GYNÄKOLOGISCH-ZYTOLOGISCHE ABSTRICHUNTERSUCHUNG

Patient: Familienname (in Blockschrift)		Vorname (in Blockschrift)	
Geburtsname:		Geburtsdatum:	Versicherungsnummer:
PLZ:		Wohnort:	Straße:
Abstrich von	Selbstzahler:		
VULVA <input type="checkbox"/>	VAGINA <input type="checkbox"/>	PORTIO <input type="checkbox"/>	EKTOZERVIX <input type="checkbox"/>
ENDOZERVIX <input type="checkbox"/>	BLINDSACK <input type="checkbox"/>	ANDERES <input type="checkbox"/>	
Abnahme durch		SPATEL <input type="checkbox"/>	
		BRUSH <input type="checkbox"/>	
		ANDERES <input type="checkbox"/>	
IUD <input type="checkbox"/>	POST PARTUM <input type="checkbox"/>	PATHOLOG. BLUTUNG <input type="checkbox"/>	
STRAHLENTHERAPIE <input type="checkbox"/>	CHEMOTHERAPIE <input type="checkbox"/>	HORMONTHERAPIE <input type="checkbox"/>	
GRAVIDITÄT: <input type="checkbox"/> ja (.....SSW) <input type="checkbox"/> nein			
LETZTE MENSES AM:			
<input type="checkbox"/> PRÄMENOPAUSE <input type="checkbox"/> PERIMENOPAUSE <input type="checkbox"/> MENOPAUSE <input type="checkbox"/> POSTMENOPAUSE			
KOLPOSKOPISCHE DIAGNOSE:			
KLINISCHE DIAGNOSE:			
KONTROLLABSTRICH BEI UNKLAREM VORBESUND:			
JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
HISTO-ZYTO-VORBESUNDE:			
JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> BEFUNDERGEBNIS: PAPI <input type="checkbox"/> PAP II <input type="checkbox"/> PAP III <input type="checkbox"/> Anderes:			
HPV-BEFUND AM			
<input type="checkbox"/> HIGH RISK <input type="checkbox"/> LOW RISK <input type="checkbox"/> INTERMEDIÄR <input type="checkbox"/> POSITIVITÄT (TYP) <input type="checkbox"/> NEGATIVITÄT			
(aktuellen HPV-Befund bitte unbedingt unaufgefordert nachsenden)			
SONSTIGE ANMERKUNGEN:			
Name/Stempel des einsendenden Arztes		Datum _____	
		Tel.. _____	
<p>HINWEIS: Nur eine vollständig und gut leserlich ausgefüllte Anweisung ermöglicht eine rasche Befundausfolgung!</p> <p>Bei Fehlen eines Überweisungsscheines muß dem Patienten der Selbstzahlertarif verrechnet werden!</p>			