

Daten Patientin

Name

Adresse

Versicherungsnr.

Versicherung

Daten Zuweiserin/Zuweiser

Name

Adresse

VP-Nummer

Entnahmedatum

Bitte ankreuzen

Achtung nur eine Auswahl möglich

Konventionelle Zytologie

oder

Reflextestung mittels HPV und LBC

☐ Krankenkassenleistung

☐ Selbstzahlerleistung

Abnahmeart

☐ Spatel

☐ Applikator

☐ Brush

☐ PapCone

Abnahmeort

☐ Portio

☐ CK

☐ SBS

☐ Vagina

☐ Vulva

Klinische Angaben

☐ Post partum

☐ Strahlen-/Chemotherapie

☐ Hormontherapie

☐ IUP

☐ Path. Blutung

☐ Letzte Mens.:

☐ HPV-Impfung, wann?*

*Seitens der Herstellerfirma wurde die Leistung des cobas 4800 (=HPV-Testung) bei gegen HPV geimpften Personen noch nicht ausreichend untersucht.

Klin. Diagnose/Anmerkung