

## Daten Patientin

Name  
Adresse  
Versicherungsnr.  
Versicherung

## Daten Zuweiserin/Zuweiser

Name  
Adresse  
VP-Nummer  
Entnahmedatum

### Bitte ankreuzen

Achtung nur eine Auswahl möglich

### Konventionelle Zytologie oder

- PAP-Abstrich
- LBC (Dünnschicht)

### 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?\*

### HPV-Indikationen

- Z. n. Koni.
- PAP III/ASC-US
- PAP III/ASC-H
- PAP IV-HSIL bei nachf. neg. Biopsie
- PAP III/AGC
- Eingeschr. Rep. Patientin >30a
- Kolposkop. auffällige Portio
- Klinisch. Verdacht auf HPV-Infektion

### Klin. Diagnose/Anmerkung