



Daten Patientin

Name

Adresse

Versicherungsnr.

Versicherung

Daten ZuweiserIn

Name

Adresse

VP-Nummer

Entnahmedatum

Bitte ankreuzen

Achtung nur eine Auswahl möglich

Abnahmeart

- Spatel
- Applikator
- Brush

Konventionelle Zytologie **oder**

Abnahmeort

- Portio
- CK
- SBS
- Vagina
- Vulva

Reflextestung mittels HPV und LBC

- Krankenkassenleistung
- Selbstzahlerleistung

Klinische Angaben

- Post partum
- Strahlen-/Chemotherapie
- Hormontherapie
- IUP
- Path. Blutung
- letzte Mens.:

Klin. Diagnose/Anmerkung