

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

Abnahmeort

- 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?

Klin. Diagnose/Anmerkung