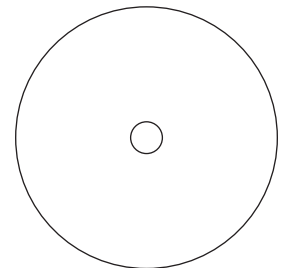


Gynäkozytologie (Gynäkologischer Abstrich)

Name, Vorname, Ledigennamen (Bitte Angaben in Blockschrift ausfüllen oder besser Barcode aufkleben)		Bitte freilassen
Geburtsdatum T T M M J J <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>		
Geschlecht M W <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>		
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)		

Rechnung an: <input type="checkbox"/> Versicherung <input type="checkbox"/> IV/SUVA <input type="checkbox"/> Auftraggeber (amb./stat. Pauschale) <input type="checkbox"/> Pat. ist Selbstzahler (zum Spitaltarif)	Versicherungsdetails: <input type="checkbox"/> Vorsorge <input type="checkbox"/> Schwangerschaft KK/Vers.: _____ Police-Nr.: _____
---	--

Kolposkopischer Befund



Kopie(n) an:

Klinische Angaben: _____ _____	Bisherige Therapien: <input type="checkbox"/> Strahlentherapie <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Hormonersatzbehandlung <input type="checkbox"/> Adjuvante Hormontherapie
Fragestellung: _____	Vorbefunde: <input type="checkbox"/> Pathologie KSSG <input type="checkbox"/> Extern (Kopie beilegen)

- ☐ Auftrag für **HPV-Nachweis / Typisierung (PCR)**
☐ Auftrag für **Nachweis Chlamydien u.a. Erreger (PCR)**
☐ **Keine zytologische Beurteilung gewünscht**


Spezifische klinische Angaben: Zyklusunregelmäßigkeiten _____ Letzte Periode _____ Menopause seit _____ Gravidität SSW _____ Post partum _____		Hormonale Kontrazeption: <input type="checkbox"/> Oestrogen-Gestagen systemisch («Pille», Pflaster, Vaginalring) <input type="checkbox"/> Gestagen systemisch («3-Monatsspritze», «Minipille», «Implanon») IUD <input type="checkbox"/> Hormonspirale <input type="checkbox"/> Kupferspirale
Entnahmeort: <input type="checkbox"/> Ektozervix/Endozervix <input type="checkbox"/> Ektozervix <input type="checkbox"/> Endozervix <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Vulva <input type="checkbox"/> Scheidendom <input type="checkbox"/> Anderer: _____		

Datum der Entnahme:


Stempel, Name und Telefon-Nr.
Einsenderin/Einsender

Nicht ausfüllen !


☐ peo0




☐ peo1




☐ peo2




☐ peo3




☐ *pei0*




☐ *pei1*




☐ *pei2*




☐ *pei3*




☐ peb0




☐ peb1




☐ peb2




☐ peb3




☐ *zyz0*




☐ *zyz1*




☐ *zyz2*




☐ *zyz3*




☐ en0




☐ en1




☐ en2




☐ en3




☐ *es0*




☐ *es1*



☐ *es2*



☐ *es3*



☐ pem0



☐ pem1☐ pem2☐ pem3☐ *rzh0*☐ *rzh1*☐ *rzh2*☐ *rzh3*☐ ok0☐ ok1☐ ok2☐ ok3☐ *pk0*☐ *pk1*☐ *pk2*☐ *pk3*☐ ec0☐ ec1☐ ec2☐ ec3☐ *gr0*☐ *gr1*☐ *gr2*☐ *gr3*

☐ hi0



☐ hi1☐ hi2☐ hi3☐ *lz0*☐ *lz1*☐ *lz2*☐ *lz3*☐ pa0☐ pa1☐ pa2☐ pa3☐ *doe0*☐ *doe1*☐ *doe2*☐ *doe3*☐ kok0☐ kok1☐ kok2☐ kok3☐ *clc0*☐ *clc1*☐ *clc2*☐ *clc3*

☐ lep0



☐ lep1☐ lep2☐ lep3☐ *act0*☐ *act1*☐ *act2*☐ *act3*☐ tri0☐ tri1☐ tri2☐ tri3☐ *can/tor0*☐ *can/tor1*☐ *can/tor2*☐ *can/tor3*

☐ Kommentar diktiert

☐ Diagnose diktiert

Äzlei/Code

PAP: Definitiv	1. Screening	2. Screening	3. Screening

Visum

Datum