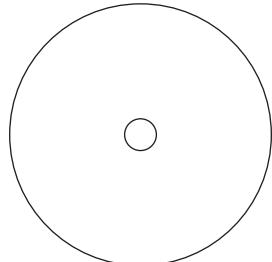


Gynäkozytologie (Gynäkologischer Abstrich)

Name, Vorname, Ledigenname (Bitte Angaben in Blockschrift ausfüllen oder besser Barcode aufkleben)							Bitte freilassen
Geburtsdatum T T M M J J _____ _____ _____ _____ _____ _____							Geschlecht M W _____ _____
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)							

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

Kopie(n) an:

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

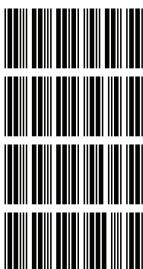
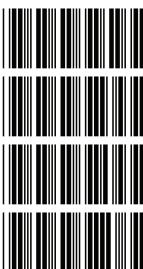
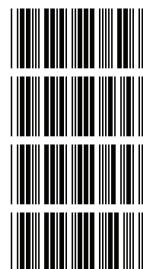
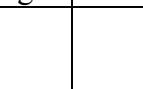
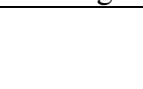
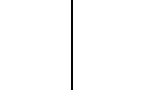
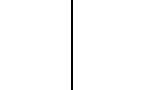
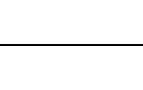
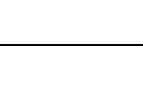
- Auftrag für **HPV-Nachweis / Typisierung (PCR)**
 Auftrag für **Nachweis Chlamydien u.a. Erreger (PCR)**
 Keine zytologische Beurteilung gewünscht

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

Datum der Entnahme:

Stempel, Name und Telefon-Nr.
Einsenderin/Einsender

Nicht ausfüllen !

<input type="checkbox"/> peo0		<input type="checkbox"/> pem0		<input type="checkbox"/> hi0		<input type="checkbox"/> lep0	
<input type="checkbox"/> peo1		<input type="checkbox"/> pem1		<input type="checkbox"/> hi1		<input type="checkbox"/> lep1	
<input type="checkbox"/> peo2		<input type="checkbox"/> pem2		<input type="checkbox"/> hi2		<input type="checkbox"/> lep2	
<input type="checkbox"/> peo3		<input type="checkbox"/> pem3		<input type="checkbox"/> hi3		<input type="checkbox"/> lep3	
<input type="checkbox"/> pei0		<input type="checkbox"/> rzh0		<input type="checkbox"/> lz0		<input type="checkbox"/> act0	
<input type="checkbox"/> pei1		<input type="checkbox"/> rzh1		<input type="checkbox"/> lz1		<input type="checkbox"/> act1	
<input type="checkbox"/> pei2		<input type="checkbox"/> rzh2		<input type="checkbox"/> lz2		<input type="checkbox"/> act2	
<input type="checkbox"/> pei3		<input type="checkbox"/> rzh3		<input type="checkbox"/> lz3		<input type="checkbox"/> act3	
<input type="checkbox"/> peb0		<input type="checkbox"/> ok0		<input type="checkbox"/> pa0		<input type="checkbox"/> tri0	
<input type="checkbox"/> peb1		<input type="checkbox"/> ok1		<input type="checkbox"/> pa1		<input type="checkbox"/> tri1	
<input type="checkbox"/> peb2		<input type="checkbox"/> ok2		<input type="checkbox"/> pa2		<input type="checkbox"/> tri2	
<input type="checkbox"/> peb3		<input type="checkbox"/> ok3		<input type="checkbox"/> pa3		<input type="checkbox"/> tri3	
<input type="checkbox"/> zyz0		<input type="checkbox"/> pk0		<input type="checkbox"/> doe0		<input type="checkbox"/> can/tor0	
<input type="checkbox"/> zyz1		<input type="checkbox"/> pk1		<input type="checkbox"/> doe1		<input type="checkbox"/> can/tor1	
<input type="checkbox"/> zyz2		<input type="checkbox"/> pk2		<input type="checkbox"/> doe2		<input type="checkbox"/> can/tor2	
<input type="checkbox"/> zyz3		<input type="checkbox"/> pk3		<input type="checkbox"/> doe3		<input type="checkbox"/> can/tor3	
<input type="checkbox"/> en0		<input type="checkbox"/> ec0		<input type="checkbox"/> kok0			
<input type="checkbox"/> en1		<input type="checkbox"/> ec1		<input type="checkbox"/> kok1		<input type="checkbox"/> Kommentar diktiert	
<input type="checkbox"/> en2		<input type="checkbox"/> ec2		<input type="checkbox"/> kok2		<input type="checkbox"/> Diagnose diktiert	
<input type="checkbox"/> en3		<input type="checkbox"/> ec3		<input type="checkbox"/> kok3			
<input type="checkbox"/> es0		<input type="checkbox"/> gr0		<input type="checkbox"/> clc0			
<input type="checkbox"/> es1		<input type="checkbox"/> gr1		<input type="checkbox"/> clc1			
<input type="checkbox"/> es2		<input type="checkbox"/> gr2		<input type="checkbox"/> clc2			
<input type="checkbox"/> es3		<input type="checkbox"/> gr3		<input type="checkbox"/> clc3			

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

Visum Datum

Äzlei/Code