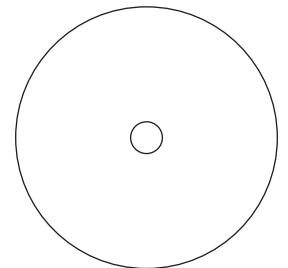


Gynäkozytologie (Gynäkologischer Abstrich)

Name, Vorname, Ledigennamen (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: ☐ Versicherung ☐ Auftraggeber/Spital ☐ IV/SUVA ☐ Selbstzahler (= höherer TP-Wert)	Versicherungsdetails: ☐ Ambulant ☐ Stationär ☐ Vorsorge KK/Vers.: _____ Adresse: _____ Police-Nr.: _____
---	--

Kolposkopischer Befund



Kopie(n) an:

Klinische Angaben: _____ _____	Bisherige Therapien: ☐ Strahlentherapie ☐ Chemotherapie ☐ Hormonersatzbehandlung ☐ Adjuvante Hormontherapie
Fragestellung: _____	Vorbefunde: ☐ Pathologie KSSG ☐ 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 _____ Letzte Periode _____ Menopause seit _____ Gravidität SSW _____ Post partum _____		Hormonale Kontrazeption: ☐ Oestrogen-Gestagen systemisch («Pille», Pflaster, Vaginalring) ☐ Gestagen systemisch («3-Monatsspritze», «Minipille», «Implanon») IUD ☐ Hormonspirale ☐ Kupferspirale
Entnahmeort: ☐ Ektozervix/Endozervix ☐ Ektozervix ☐ Endozervix ☐ Vagina ☐ Vulva ☐ Scheidendom ☐ 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