

GYNÄKOLOGISCHE ZYTOLOGIE

PATIENTIN

Name

Vorname

Strasse, Nr.

Geburtsdatum

Geschlecht

PLZ, Ort

Telefon

Rechnung an Patientin Arzt/Ärztin Andere

EINSENDER

KOPIE AN

Tel.

Fax

GLN

ZSR

Mail

ENTNAHME

Entnahmedatum

Entnahmeort Portio Zervix Vagina Vulva

Letzte Menses am (Datum oder Jahr)

Letzter Abstrich (Datum oder Jahr) Befund

KLINISCHE ANGABEN

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Routinekontrolle | <input type="checkbox"/> Kontrolle nach Entzündungsbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Kontrolle nach Dysplasie | <input type="checkbox"/> Kontrolle nach Oestrogentherapie |
| <input type="checkbox"/> Ovulationshemmer | <input type="checkbox"/> Spirale (IUD) |
| <input type="checkbox"/> Gravidität / SSW | <input type="checkbox"/> Abort / am |
| <input type="checkbox"/> Post partum / Geburt am | <input type="checkbox"/> CK-Polyp |
| <input type="checkbox"/> Menopause / seit | <input type="checkbox"/> Hormonersatztherapie |
| <input type="checkbox"/> Bekannter HPV-Infekt | <input type="checkbox"/> Dauerblutung |
| <input type="checkbox"/> Kontaktblutung | <input type="checkbox"/> Zwischenblutung |

STATUS NACH

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hysterektomie / Datum | <input type="checkbox"/> Curettage / Datum |
| <input type="checkbox"/> Konisation / Datum | <input type="checkbox"/> Andere Therapie |
| <input type="checkbox"/> Knipsbiopsien / Datum | <input type="checkbox"/> St. nach oder unter Strahlentherapie |

KOLPOSKOPIE

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Unauffällig | <input type="checkbox"/> Jodnegativität | <input type="checkbox"/> Anderer Befund |
| <input type="checkbox"/> TZ Typ 1 (vollständig einsehbar) | <input type="checkbox"/> TZ Typ 2 (bei Spreizen vollständig einsehbar) | <input type="checkbox"/> TZ Typ 3 (auch bei Spreizen nicht vollständig einsehbar) |

WEITERE ANGABEN