

Anweisung zur gynäkologisch-zytologischen Untersuchung

Prot.-Nr.:

Titel		PatientIn: Familienname in Blockschrift		Vorname		Beruf:	
Geburtsname:		Geb.-Datum (Pat.):		Dienstgeber:			
Versicherte/r:		Geb.-Datum (Vers.):		Kasse (Pat.): Vers.-Nr.:			
PLZ: Wohnort:		Straße:		Kasse (Vers.): Vers.-Nr.:			
Sonderklasse:							

Anamnese, Diagnose:		Abstrich von:		LETZTER BEFUND	
Menstruationsanamnese:		Vulva ☐ Scheidenblindsack ☐			
Letzte Regel:		Vagina ☐ Portio/CK ☐ CK ☐ andere ☐		Pr.-Nr. Jahr	
Verdachtsdiagnose, Fragestellung:		Post partum ☐		Pr.-Nr. Jahr	
Radiatio ☐		Pathol. Blutung ☐		ZYTO	
Hormontherapie ☐		Intrauterinpeessar ☐		HISTO	
Chemotherapie ☐		Kolposkopie ja ☐ nein ☐		HPV Test ja ☐ nein ☐	
		Abstrich mit:		HPV Typ:	
		Spatel ☐ Bürste ☐ andere:		Festgestellt am:	

Einsender:		Datum:	
Name/Stempel des/der zuständigen Arztes/Ärztin		Telefon	

Es wird gebeten, alle Datenfelder gut leserlich und komplett auszufüllen, um Verzögerungen in der Befundübermittlung, die sich auf Grund von Rückfragen ergeben, zu verhindern. Im Falle unvollständiger Datenübermittlung muss nach dem Selbstzahlertarif abgerechnet werden.