

Datum: _____

laufende Nummer/Tag:

Begleitschein für gynäkologisch-zytologische Untersuchung

Patientenetikett:

(falls kein Etikett vorhanden, Daten bitte genau ausfüllen)

Vor- und Nachname: _____

Geb.-Dat., SV-Nr.: ____/____/____

Kostenträger: _____

Adresse: _____

Material:

☐ Abstrich Portio

☐ HPV*

☐ Abstrich endocervikal

☐ HPV* anal

☐ Abstrich aus Vagina

☐ Chlamydia trachomatis/Neisseria gonorrhoeae*

☐ Abstrich aus SBS vaginal

☐ Herpes simplex Virus*

☐ CIN Tec plus

*) kann ab 2022 aus einem Gefäß durchgeführt werden (PreservCyt® Solution Fa. Hologic)

Klinische Diagnose, Fragestellung, OP-Methode, evtl. Skizze:

☐ Routine

☐ Menstruation zum Zeitpunkt der Abnahme

☐ St.n. Radiatio

☐ St. post partum

☐ Atrophie prämenopausal

☐ andere

Vorbefund: JA ☐ NEIN ☐

Rücksprache, Operateur:

Datum, Unterschrift/Stempel