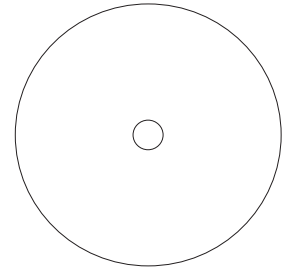


Gynäkozytologie (Gynäkologischer Abstrich)

Name, Vorname, Ledigename (Bitte Angaben in Blockschrift ausfüllen oder besser Barcode aufkleben)	Bitte freilassen														
<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; border: none;">Geburtsdatum</td> <td style="text-align: center; border: none;">Geschlecht</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border: none;">T T M M J J</td> <td style="text-align: center; border: none;">M W</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border: none;"> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </td> <td style="text-align: center; border: none;"> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </td> </tr> </table>	Geburtsdatum	Geschlecht	T T M M J J	M W	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>							<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>			
Geburtsdatum	Geschlecht														
T T M M J J	M W														
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>							<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>								
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)															

Rechnung an: <input type="checkbox"/> Versicherung <input type="checkbox"/> Auftraggeber/Spital <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> IV/SUVA	Versicherungsdetails: <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/> Vorsorge KK/Vers.: _____ Adresse: _____ Police-Nr.: _____
--	--

Kolposkopischer Befund



Kopie(n) an:

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

- Auftrag für **HPV-HR 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 _____	<input type="checkbox"/> Hormonale Kontrazeption: <input type="checkbox"/> Oestrogen-Gestagen systemisch («Pille», Pflaster, Vaginalring) <input type="checkbox"/> Gestagen systemisch («3-Monatsspritze», «Minipille», «Implanon») <input type="checkbox"/> IUD <input type="checkbox"/> Hormonspirale <input type="checkbox"/> Kupferspirale
---	---

Entnahmeort: <input type="checkbox"/> Ektozervix <input type="checkbox"/> Endozervix <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Vulva <input type="checkbox"/> Scheidendom <input type="checkbox"/> Rest-CK (intraop. bei Konisation) <input type="checkbox"/> Anderer _____

Datum der Entnahme:

Stempel, Name und Telefon-Nr.
des einsendenden Arztes

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			

- Kommentar diktiert**
- Diagnose diktiert**

Äzlei/Code

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

Visum Datum