

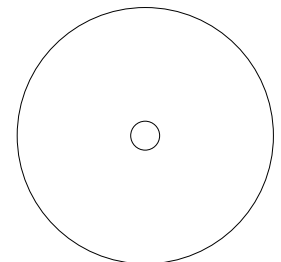
Gynäkologischer Abstrich / Endometriumzytologie

Name, Vorname, Ledigename (bitte Blockschrift) <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> Geburtsdatum T T M M J J <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> </tr> </table> </div>							Bitte freilassen
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)							

allg. Abt. <input type="checkbox"/> priv. Abt. <input type="checkbox"/> amb. allg. <input type="checkbox"/> amb. priv. <input type="checkbox"/>	Rechnung an: Patient <input type="checkbox"/> Kr.K. <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> EMV/SUVA <input type="checkbox"/> priv. Vers. <input type="checkbox"/>	Vers. Nr. _____ Adresse: _____ <input type="checkbox"/> Bericht per Telefon Nr. _____ <input type="checkbox"/> Bericht per Fax Nr. _____
--	--	---

Frühere Untersuchungen (Nr. oder Jahr)

Kolposkopischer Befund



Klinische Angaben, Fragestellung, spezielle Bemerkungen:

Zyklus anomalies _____	<input type="checkbox"/> Hormonale Kontrazeption:
Letzte Periode _____	<input type="checkbox"/> Oestrogen-Gestagen systemisch («Pille», Pflaster, Vaginalring) <input type="checkbox"/> Gestagen systemisch («3-Monatsspritze», «Minipille», «Implanon»)
Menopause seit _____	<input type="checkbox"/> IUD
Gravidität SSW _____	<input type="checkbox"/> Hormonspirale <input type="checkbox"/> Kupferspirale
Post partum _____	<input type="checkbox"/> Hormonersatzbehandlung
<input type="checkbox"/> Strahlen-, Zytostatikatherapie	<input type="checkbox"/> Adjuvante Hormontherapie

Art des Untersuchungsmaterials

Abstrich Ektozervix Endozervix Vagina Vulva Scheidendom Rest-CK (intraop. bei Konisation)

HPV-Typisierung (Hybridisierung) Chlamydien-Infekt (Hybridisierung)

Aspiration/Spülung/Punktat Endometrium _____
















































































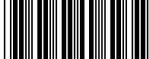
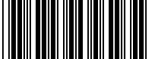
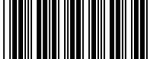






Anderes _____

Kopie(n) an:

Stempel, Name und Unterschrift
des einsendenden Arztes/Spital

Datum der Entnahme:

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			

Äzlei/Code

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

Visum Datum