

PATIENT / Etikette / Ausfüllen

Name: _____

Ledigname: _____

Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____ Ihre Pat-ID: _____

☐ Weiblich ☐ Männlich ☐ Divers:

Krankenkasse: _____

Vers-Nr.: _____

Rechnung an: ☐ Patient ☐ Krankenkasse ☐ Einsender

EINSENDER / Stempel / Etikette / Ausfüllen

Name: _____

Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

HIN Adresse: _____

Berichtskopie an: _____

Entnahmedatum: _____

EILT: ☐

KVG-Typ

- ☐ Kontrolle / Krankheit
- ☐ Vorsorge (alle 3 Jahre)
- ☐ Schwangerschaft

Probenmaterial

- ☐ ThinPrep Gefäss
- ☐ Konventioneller Ausstrich
- Proben Anzahl: _____

Probenahme Ort

- ☐ Portio / Zervix ☐ Portio ☐ Zervix
- ☐ Vagina ☐ Vulva ☐ Andere:

PCR Analyses

- ☐ HPV Typisierung (niedriges und hohes Risiko) ☐ HR-HPV+Typ., wenn die Zytologie-Diagnose $\geq$ ASCUS
- ☐ HR-HPV
- ☐ Chlamydia trachomatis ☐ Neisseria gonorrhoeae ☐ Mycoplasma / Ureaplasma ☐ HSV 1/2
- ☐ STI Panel (C. trachomatis, N. gonorrhoeae, T. vaginalis, Mycoplasma/ureaplasma) ☐ Andere Wünsche:
- ☐ **NUR HR-HPV + Typisierung** (keine zytologische Analyse)

Klinische Angaben

- ☐ Letzte Periode: _____
- ☐ Schwangerschaft: _____
- ☐ Post partum: _____
- ☐ Menopause seit: _____
- ☐ Postmenopausale Blutung: _____
- ☐ Dauerblutung: _____
- ☐ Kontaktblutung: _____
- ☐ andere Blutungsanomalien: _____

- ☐ IUD / Spirale: _____
- ☐ Kontrazeption: _____
- ☐ Hormontherapie: _____
- ☐ Total Hysterektomie: _____
- ☐ Subtotal Hysterektomie: _____
- ☐ Konisation: _____
- ☐ Radio- / Chemotherapie: _____
- ☐ Entzündungsbehandlung: _____

Zervix

- ☐ Unauffällig
- ☐ TZ Typ: _____
- ☐ Jod: _____
- ☐ Essig: _____
- ☐ Polyp: _____
- ☐ Mosaik: _____
- ☐ Punktierung: _____

Weitere kolposkopischer Befund

Frühere Befunde: Zytologie, Histologie, HPV, usw.