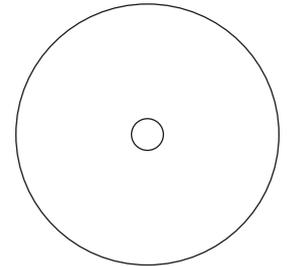


Gynäkozytologie (Gynäkologischer Abstrich)

| | | | | | | | | | |
|---|------------------|--|--|--|--|--|---|--|--|
| Name, Vorname, Ledigennamen (Bitte Angaben in Blockschrift ausfüllen oder besser Barcode aufkleben) | Bitte freilassen | | | | | | | | |
| Geburtsdatum T T M M J J <table style="width:100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | Geschlecht M W <table style="width:100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; 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"/> Patientin <input type="checkbox"/> IV/SUVA | Versicherungsdetails: <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär 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 _____ | Hormonale Kontrazeption: <input type="checkbox"/> Oestrogen-Gestagen systemisch («Pille», Pflaster, Vaginalring) <input type="checkbox"/> Gestagen systemisch («3-Monatsspritze», «Minipille», «Implanon») IUD <input type="checkbox"/> Hormonspirale <input type="checkbox"/> Kupferspirale |
| Entnahmeort: <input type="checkbox"/> Ektozervix/Endozervix <input type="checkbox"/> Ektozervix <input type="checkbox"/> Endozervix <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Vulva <input type="checkbox"/> Scheidendom <input type="checkbox"/> Anderer: _____ | |

Datum der Entnahme:

Stempel, Name und Telefon-Nr.
 Einsenderin/Einsender

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