



E-Nummer des Zytol. Instituts

Patientendaten

Zuweiserdaten

Name _____ Arztname _____
 Adresse _____ Adresse _____
 Versicherungsnummer _____ VP-Nummer _____
 Privatpatient
 Andere Versicherung : _____ Entnahmedatum: _____

Abnahmeart:	<input type="checkbox"/> Spatel	<input type="checkbox"/> Papcone	<input type="checkbox"/> Brush
Abnahmeort:	<input type="checkbox"/> Portio	Klin. Angaben:	
<input type="checkbox"/> CK	<input type="checkbox"/> SBS	<input type="checkbox"/> Post partum	<input type="checkbox"/> IUP
<input type="checkbox"/> Vagina	<input type="checkbox"/> Vulva	<input type="checkbox"/> Strahlen/Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Path. Blutung
Vorbefund:		<input type="checkbox"/> Hormontherapie	<input type="checkbox"/> letzte Mens.:
Diagn./Anmerk.:			
Patho Leoben:			