

E-Nummer des Zytol. Labors

Daten Patientin

Name
Adresse

Versicherungsnr.
Versicherung:

Daten ZuweiserIn

Arztname
Adresse

VP-Nummer
Entnahmedatum:

Bitte ankreuzen:

Achtung nur eine Auswahl möglich

Konventionelle Zytologie

oder

Reflextestung mittels HPV und LBC

- Krankenkassenleistung
- Selbstzahlerleistung

Abnahmeart

- Spatel
- Applikator
- Brush

Abnahmeort

- Portio
- CK
- SBS
- Vagina
- Vulva

Klinische Angaben

- post partum
- Strahlen-/Chemotherapie
- Hormontherapie
- IUP
- Path. Blutung
- Letzte Mens.:

Klin. Diagnose/Anmerkung: