

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**  
 LBC (Dünnschicht)

**Reflextestung mittels HPV und LBC**

- Krankenkassenleistung  
 Selbstzahlerleistung

**Abnahmeart**

- Spatel  
 Brush  
 PapCone

**Abnahmeort**

- Portio  
 CK  
 SBS  
 Vagina  
 Vulva

**Klinische Angaben**

- post partum  
 Strahlen-/Chemotherapie  
 Hormontherapie  
 IUP  
 Path. Blutung  
 Letzte Mens.:  
 HPV-Impfung, wann?

**HPV-Indikationen**

- Z.n. Koni.  
 PAP III/ASC-US  
 PAP III/ASC-H  
 PAP IV-HSIL bei nachf.neg. Biopsie  
 PAP IIIG/AGC  
 Eingeschränkte Repr. Patientin>30a  
 Kolposkop. auffällige Portio  
 Klinisch Verdacht auf HPV-Infektion

**Klin. Diagnose/Anmerkung:**

**WICHTIG:** Bei LBC Dünnschicht-Einsendungen mit positivem Befundergebnis wird eine HPV-Untersuchung lt. Indikationsvorgabe des Krankenversicherungsträgers angeschlossen.