

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: