

INSTITUT FÜR PATHOLOGIE
der Universität Graz
Vorstand: Univ.-Prof. Dr. G. Höfler
ZYTOLOGISCHES
LABORATORIUM
 A-8036 Graz, Auenbruggerplatz 25
 Telefon (0 316) 380-0
 Telefax (0 316) 38 43 29

GKK für	BKK der	VA des österr. Bergbaues	Andere Kostenträger	Arb.	Erwerbstätig 1	Arbeitslos 3	Pensionist 5	7	8	20	Bel.-Nr.:
				Ang.	Erwerbstätig 2	Arbeitslos 4	Pensionist 6	Kriegshinterbliebener	Sonstige	Kampfoffer	
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen und zutreffendes Feld ankreuzen!											

Die Verwertung dieses Befundes für wissenschaftliche Publikationen oder Gutachten ist an die Genehmigung des Institutsvorstandes gebunden.

Familienname	Vorname	Versicherungsnummer												
Patient														
		<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> Tag Mon. Jahr												
Anschrift														
Versicherter (Nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist)														
		<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> Tag Mon. Jahr												
Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)														
Verwandtschaftsverhältnis des Patienten zum Versicherten														

Klin./kolposkop. Diagnose:

Abstrich von: Vagina Portio CK Cavum uteri
 Intrauterinpeppar post partum Patholog. Blutung
 Letzte norm. Menstr.: Strahlentherapie Chemotherapie
 Hormontherapie
 Hist. bzw. Zytologische Vorbefunde:

bei Privatpatient Rechnung an Einsender Patient

Prot.-Nr.:

repräsentativ eingeschränkt beurteilbar

Zytolog. Befund nach Papanicolaou:

Datum _____ Unterschrift des Befunders _____

Privat <input type="checkbox"/>	Einteilung nach Papanicolaou	
Andere Kassen:	O.: nicht beurteilbar	
Bei Bauernkrankenkassen	I u. II: normal bzw. unverdächtig	
AZ:	III: suspekt	
	III D: leichte und mäßige Dysplasie	
	III G: abklärungsbedürftige drüsige Veränderung	
	IV: hochgr. Dysplasie und Ca in situ	
	V: invasives Karzinom	
Für Krankenanstalten: Verpflegsklasse:	Sonderklasse	Allg. Klasse

Überweisender Arzt: _____ abgenommen am:

Bei Verwendung einer Stampiglie muss auch der Durchschlag gestempelt werden.

Überweisungsschein ÄV 19 deckend auf Garnitur auflegen und nun stark umrandeten Teil ausfüllen – danach Überweisungsschein entfernen und Rest ausfüllen!

SPS 174446 – 4/110789
8828201 – LKh. 104.