



Untersuchungsanforderung Gynäkologische Zytologie

Medizinische Universität Graz

Patientendaten

Familienname:
Vorname: m/w:
Geburtsdatum: SV-Nr.: Vers.:
AZ/Fallzahl:

Einsenderangaben/Stempel

Arzt/Ärztin:
Klinik/Abteilung:
Tel.Nr.:
Datum: Unterschrift:

Gebührenklasse: Allgemein Sonderklasse

Behandlung: stationär ambulant

Datum/Zeit der Entnahme:

Art des Untersuchungsmaterials: Konventionell * LBC

* Objektträger Beschriftung bitte ausschließlich mit Bleistift auf Mattrand vornehmen (Patientenname und Geburtsdatum)

Entnahmegesetz: Szalay Spatel Zytobrush LBC-Brush Sonstiges.....

Lokalisation: Portio CK SBS Vagina Vulva

Klinische Diagnosen :

Kolposkopisch: unauffällig auffällig:.....
HPV Status: unbekannt negativ positiv (Typ(-en).....) __/__(MM/JJ)
Positiver zytologischer Vorbefund: Pap..... __/__(MM/JJ)
Positiver histologischer Vorbefund: Diagnose: __/__(MM/JJ)
Vorangegangene gynäkologische oder andere relevante Operationen:
 Konisation Hysterektomie Sonstige: __/__(MM/JJ)
 IUP
 Schwangerschaft.....SSW
 Post partum
 Letzte Menstruation: __/__(TT/MM)
 (St.p.) Strahlen- oder Chemotherapie
 Hormontherapie:
 Pathologische Blutung
 Sonstiges:.....

Anforderung einer Zusatzuntersuchung aus LBC: HPV Testung (PCR + Genotypisierung)
(Die Verrechnung der HPV Untersuchung erfolgt direkt mit der Patientin!)

Pathologie
Eingangsdatum/-zeit
.....
E-Nr.
BARCODE
E-Nr.
BARCODE
E-Nr.
BARCODE