



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

Privatrechnung an: Patientin * Einsender

Datum/Zeit der Entnahme (bei LBC):

Art des Untersuchungsmaterials: Konventionell ** LBC

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:.....

Pathologie

Eingangsdatum/-zeit

.....

E-Nr. BARCODE

E-Nr. BARCODE

E-Nr. BARCODE

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

* Adresse für die Zusendung der Privatrechnung:

.....

.....

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