

Untersuchungsanforderung gynäkologische Zytologie

Patientendaten

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

Einsenderangaben/Stempel

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

Gebührenklasse: Allgemein Sonderklasse

Behandlung: stationär ambulant

Privatrechnung an: Patientin * Einsender

Pathologie
Eingangsdatum/-zeit

Datum/Zeit der Entnahme (bei LBC):

Art des Untersuchungsmaterials: Konventionell ** LBC

E-Nr.
BARCODE

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

E-Nr.
BARCODE

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:.....

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)