



### Daten Patientin

Name

Adresse

Versicherungsnr.

Versicherung

### Daten ZuweiserIn

Name

Adresse

VP-Nummer

Entnahmedatum

### Bitte ankreuzen

Achtung nur eine Auswahl möglich

#### Abnahmeart

- Spatel
- Applikator
- Brush
- PapCone

### Konventionelle Zytologie

oder

#### Abnahmeort

- Portio
- CK
- SBS
- Vagina
- Vulva

### Reflextestung mittels HPV und LBC

- Krankenkassenleistung
- Selbstzahlerleistung

#### Klinische Angaben

- Post partum
- Strahlen-/Chemotherapie
- Hormontherapie
- IUP
- Path. Blutung
- letzte Mens.:

**Klin. Diagnose/Anmerkung**