Institut für Klinische Pathologie und Molekularpathologie
Feschnigstraße 11, 9020 Klagenfurt

Vorstand: Primararzt Univ. Doz. Dr. Hermann ROGATSCH • Tel.: 0463/538/38303 • DaMe: KLLKHPAT

KABEG
KLINIKUM KLAGENFURT

Anweisung zur gynäkologisch-zytologischen Untersuchung

Prot.Nr.:

Titel | PatientIn: Familienname in Blockschrift | Vorname

Beruf:

Dienstgeber:

Geburtsname: | Geb.-Datum (Pat.):

Kasse (Pat.): | Vers.-Nr.:

Versicherte/r: | Geb.-Datum (Vers.):

Kasse (Vers.): | Vers.-Nr.:

PLZ: | Wohnort: | Straße:

Sonderklasse:

Anamnese, Diagnose:

Menstruationsanamnese:

Letzte Regel:

Verdachtsdiagnose, Fragestellung:

Radiatio ☐ _____

Hormontherapie ☐ _____

Chemotherapie ☐ _____

Abstrich von:

Vulva ☐ Scheidenblindsack ☐

Vagina ☐ Portio/CK ☐ CK ☐ andere ☐

Post partum ☐

Pathol. Blutung ☐

Intrauterinpessar ☐

Kolposkopie ja ☐ nein ☐

Abstrich mit:

Spatel ☐ Bürste ☐ andere:_____

LETZTER BEFUND

Pr.-Nr.	Jahr	Pr.-Nr.	Jahr
ZYTO		HISTO	

HPV Test ja ☐ nein ☐

HPV Typ: _____

Festgestellt am: _____

Einsender:

Datum:_____

_____
Name/Stempel des/der zuständigen Arztes/Ärztin

_____
Telefon

Es wird gebeten, alle Datenfelder gut leserlich und komplett auszufüllen, um Verzögerungen in der Befundübermittlung, die sich auf Grund von Rückfragen ergeben, zu verhindern. Im Falle unvollständiger Datenübermittlung muss nach dem Selbstzahlertarif abgerechnet werden.

Version 6 08/2026