Institut für Klinische Pathologie und Molekularpathologie
Feschnigstraße 11, 9020 Klagenfurt
Vorstand: Primararzt Univ. Doz. Dr. Hermann ROGATSCH • Tel.: 0463/538/38303 • Fax: 0463/538/38309

KABEG
KLINIKUM KLAGENFURT
AM WÖRTHERSEE

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 — ZYTO

Pr.-Nr. | Jahr — 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 5 04/2023