

EINSENDER / Stempel / Unterschrift

PATIENT / Etiketle

Name, Vorname

Geburtsdatum

weiblich männlich

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

RECHNUNG AN: Patient Einsender

KOPIE AN:

VORSORGE

KONTROLLE

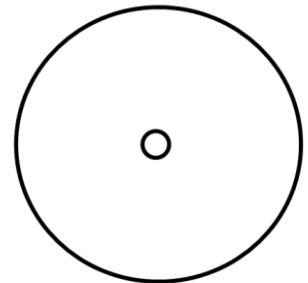
ENTNAHMEDATUM: _____ EKTOCERVIX ENDOCERVIX VAGINA _____

ZUSATZUNTERSUCHUNG GEWÜNSCHT

HPV-TYPISIERUNG

EILIGE BEFUNDUNG

KLINISCHE ANGABEN / FRAGESTELLUNG



KOLPOSKOPISCHER BEFUND

FRÜHERE UNTERSUCHUNGEN

HPV-Impfung **nein** **ja** **wann** _____

Hormontherapie **keine** **Pille** **Spirale** _____

Letzte Mens _____

Menopause seit _____

Gravidität / SSW _____

Post partum _____