

**Institut für klinische Pathologie
und molekulare Pathologie**

akkreditiert nach EN ISO 15189:2012

Vorstand: Prim. Univ.-Prof. Dr. Farid Moinfar

Tel. 0732 / 7677 – 4905

E-Mail: office@pathologieverbund.at



Datum: _____

laufende Nummer/Tag:

Begleitschein für gynäkologisch-zytologische Untersuchung

Patientenetikett:
(falls kein Etikett vorhanden, Daten bitte genau ausfüllen)

Vor- und Nachname: _____

Geb.-Dat., SV-Nr.: ____ / ____ / _____

Kostenträger: _____

Adresse: _____

Material:

Abstrich Portio

Abstrich endocervikal

Abstrich aus Vagina

Abstrich aus SBS vaginal

HPV*

Chlamydia trachomatis/Neisseria gonorrhoeae*

Herpes simplex Virus*

*) kann ab 2022 aus einem Gefäß durchgeführt werden (PreservCyt® Solution Fa. Hologic)

Klinische Diagnose, Fragestellung, OP-Methode, evtl. Skizze:

Routine

Menstruation zum Zeitpunkt der Abnahme

St.n. Radiatio

St. post partum

Atrophie prämenopausal

andere

Vorbefund: JA NEIN

Rücksprache, Operateur:

Datum, Unterschrift/Stempel