

Vorname, Familienname/Nachname und Anschrift der Probandin

Postleitzahl <table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"><tr><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td></tr></table>				

Sozialversicherungsnummer-TT-MM-JJ

				-			-			-		
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---	--	--

versichert bei:

--	--	--	--	--	--	--	--

Versicherungsstatus

- | | |
|--|---|
| ☐ erwerbstätig, AMS | ☐ Fremdstaaten |
| ☐ Pensionist | ☐ EU-Abkommen |
| ☐ Kriegshinterbliebener | ☐ nicht versichert |

Aufklärung vor Untersuchung durchgeführt

☐ ja ☐ nein

Beurteilung der Abstrichqualität

Qualität: gut beurteilbar (repräsentativ mit Zellen der Transformationszone (TZ))

Qualität: eingeschränkte Aussagekraft

- ☐ keine Zellen der TZ
☐ andere Ursachen

Qualität: nicht beurteilbar (Pap 0)

- ☐ keine Zellen der TZ
☐ andere Ursachen

Abstrichwiederholung

☐ ja ☐ nein

Zervikalzytologischer Befund und Folgemaßnahme

PAP-Klasse

- ☐ I
☐ II
☐ III
☐ IIID
☐ IIIG
☐ IV
☐ V

Maßnahme

- ☐ Routine-Screening
☐ Abstrichwiederholung innerhalb von 6 Monaten
☐ sofortiger Handlungsbedarf (Histologie)

informationsrelevanter Befund

☐ ja ☐ nein

Probandin über Ergebnis informiert

☐ ja ☐ nein

Sonstige Auffälligkeiten

Fachgebiet - Vertragsnummer

		-				
--	--	---	--	--	--	--

Untersuchungsdatum TT - MM - JJJJ

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Stempel oder Etikett der Praxis

--