

.....  
Einsender-Stampiglie

### Patienten-Daten: **Bitte Etikette verwenden**

Name ..... SV-Nr. ....

Adresse: ..... Vers. ....

### Frühere Zytobefunde

### Frühere Histobefunde

Datum .....

### MATERIAL

- Zervix, Routine
- Endozervikaler Abstrich
- 3-Stufenabstrich
- Scheidenblindsack
- Vulva
- HPV Typisierung
- Sonstiges

### KLINISCHE DIAGNOSE

- o.B.
- Soor
- Kolpitis / Verdacht auf .....
- Erosio portionis
- postpartale Atrophie
- Sonstige
- Fluor
- B.V.
- klin. / kolp. suspekt
- Atrophie

- Leukoplakie
- Verdacht auf N.cervicis
- Verdacht auf Rezidiv
- Verdacht auf HPV

### HPV Ergebnisse

- negativ
- positiv       Typ: .....

### ANAMNESTISCHE ANGABEN

#### BLUTUNGEN

Datum der letzten Blutung: .....

- keine
- Metrorrhagie
- Metr. postclim
- Sonstiges

#### HORMONSITUATION

- keine
- Pille
- IUD
- andere .....
- gravid
- SSW .....

#### FRÜHERE OPERATIONEN

OP-Datum .....

- Hysterektomie wegen .....
- Curettage       Konisation
- Zytostatika       Bestrahlung
- Sonstige (z.B. Radikalop., Vulvektomie)