

EINSENDESCHEN GYNÄKOLOGISCHE ZYTOLOGIE

An:
Institut für Pathologie, Molekularpathologie, Immunhistologie und Elektronenmikroskopie
Rübenacher Straße 170
56072 Koblenz

Eingangsdatum:

Aufkleber
(Eingangs-Nummer)

Einsender:

Anforderungsdatum:

- Soldat Kasse ambulant (GKV) Kasse stationär (GKV)
 Privat ambulant Privat stationär

Kostenträger:

Ansprechpartner/in und Tel.:

Patientendaten:

Name:	Vorname:	<input type="radio"/> Männlich
Geburtsdatum:	Geburtsort:	<input type="radio"/> Weiblich
Straße:	Ort:	<input type="radio"/> Divers

Klinische Angaben/Fragestellung: (bei Hormonbehandlung bitte Dosierung und Dauer angeben)

Abstrich-Entnahmedatum:

Letzte Regel:

Menopause:

Strahlenbehandlung:

Anzahl der Abstriche:

Entnahmestandort:

Portio-Wtr

Portio-Bürste

Zervikalk.

hint. Scheidengew.

seitl. Scheidenw.

Fragestellung:

Karzinom

Funktion

Bitte um Durchführung:

Routineuntersuchung

STI

Chlamydia trachomatis

Neisseria gonorrhoeae

Treponema pallidum

Mycoplasma genitalium

Mycoplasma hominis

Trichomonas vaginalis

Ureaplasma urealyticum

Ureaplasma parvum

Haemophilus ducreyi

Gardnerella vaginalis

STD

Chlamydia trachomatis

Neisseria gonorrhoeae

Treponema pallidum

HPV high risk

HPV low risk

HSV 1

HSV 2

HPV

HPV-Poly

HPV high risk

HPV 16

HPV 18

HPV 45

HPV 30er

HPV 50er

HPV low risk

HPV 6

HPV 11

HSV 1&2

HSV-Uni

HSV 1

HSV 2

Stempel
Einsender:

Datum:

Unterschrift:

INSTITUT FÜR PATHOLOGIE, MOLEKULARPATHOLOGIE, IMMUNHISTOLOGIE UND ELEKTRONENMIKROSKOPIE

Rübenacher Straße 170
56072 Koblenz

Tel: 0261-281-33006
Fax: 0261-281-33009
FspNBw: 4425

E-Mail: BwZKAbtXIII@bundeswehr.org