

Institut für Pathologie

Mühlemattstrasse 11
4410 Liestal



SMTS 0034

Name

Vorname

Geb. Datum

Adresse

männlich

weiblich

divers

SV-Nummer

Garant

ambulant

stationär 1./2. Kl.

stationär 3. Kl.

Gynäkozytologische Untersuchung

Kopie an:

Datum der Entnahme:

Einsendender Arzt (Stempel/Unterschrift):

Frühere Einsendungen/Externe Vorbefunde:

Tel./intern:

Entnahmeort:

Portio

Vulva

Endozervix

Endometrium

Vagina

Veranlassung für Abstrich:

Vorsorgeuntersuchung

Nachkontrolle eines früheren Befundes

Klinische Angaben:

Fragestellung:

Letzte Periode (Datum):

Menopause (Datum):

Hormonbehandlung:

IUD:

Status nach CIN

Status nach Konisation

Status nach Hysterektomie

Bestrahlung

Gravidität:

Geburt am:

Portiobefund:

unauffällig

auffällig

(leer lassen)

