

VORSORGEUNTERSUCHUNG DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNG
Früherkennungsprogramm für Frauen – PAP-Abstrich



Vorname, Familienname/Nachname und Anschrift der Probandin

Postleitzahl

--	--	--	--	--

Sozialversicherungsnummer-TT-MM-JJ

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

versichert bei:

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

Versicherungsstatus

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> erwerbstätig, AMS | <input type="checkbox"/> Fremdstaaten |
| <input type="checkbox"/> Pensionist | <input type="checkbox"/> EU-Abkommen |
| <input type="checkbox"/> Kriegshinterbliebener | <input type="checkbox"/> 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
- IIIIG
- 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