

**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
- 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**