

GKK

BKK

BVA
VAEB
SVA
KFA
SVB

ANDERE /
PRIVAT

bitte freilassen

Familienname(n) Vorname(n) Versich.Nr. Tag Monat Jahr

Patient

Anschrift

Versicherter (nur wenn Patient ein Angehöriger ist)

Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)

Beschwerden des Patienten:
was:
wo:
seit wann:
behandelt mit:
behandelt bis:
Grundkrankheiten:

Zuweisung wegen

GYN

LNR	Grav. LM.
Menopause	Klimakterium
Pille	IUD
Fluor	BV
Erosio	Leukoplakie
Ko nach Therapie/	Pap3
HPV-Typisierung	
Z.n.Genitalop:	Originalhisto !

bitte Symbole ankreuzen

HIS Histologie
 ZYT Zytologie
 PAP Genital zytologie
 BAK Bakteriologie Sekrete
 MYK Mykologie
 PAR Parasitologie
 SER Serologie
 MOL Molekular-pathologie

Wien, _____ vom _____

PATH 337 - 997
HZL Nussdorf Inst. f. Path

Stempel und Unterschrift des zuweisenden Arztes

GKK

BKK

BVA
VAEB
SVA
KFA
SVB

ANDERE /
PRIVAT

bitte freilassen

Familienname(n) Vorname(n) Versich.Nr. Tag Monat Jahr

Patient

Anschrift

Versicherter (nur wenn Patient ein Angehöriger ist)

Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)

Beschwerden des Patienten:
was:
wo:
seit wann:
behandelt mit:
behandelt bis:
Grundkrankheiten:

Zuweisung wegen

GYN

LNR	Grav. LM.
Menopause	Klimakterium
Pille	IUD
Fluor	BV
Erosio	Leukoplakie
Ko nach Therapie/	Pap3
HPV-Typisierung	
Z.n.Genitalop:	Originalhisto !

bitte Symbole ankreuzen

HIS Histologie
 ZYT Zytologie
 PAP Genital zytologie
 BAK Bakteriologie Sekrete
 MYK Mykologie
 PAR Parasitologie
 SER Serologie
 MOL Molekular-pathologie

Wien, _____ vom _____

PATH 337 - 997
HZL Nussdorf Inst. f. Path

Stempel und Unterschrift des zuweisenden Arztes