

ANATOMOPATHOLOGIE

AZ St Elisabeth – Godveerdegemstraat 69 – 9620 ZOTTEGEM

Dr. Robrechts Tel 09 364 84 19 Dr. Bodson Tel 09 364 83 48

Secretariaat Tel 09 364 85 70 Fax 09 364 89 87

AANVRAAG CYTOLOGISCH ONDERZOEK BAARMOEDERHALS

Datum aanvraag

.. /.. /....

Datum ontvangst

.. /.. /....

Naam en voornaam patiënt

.....

Geboortedatum

.. / .. /

Straat

.....

Postnummer en gemeente

.....

Mutualiteit

.....

KG1/KG2

Stamnummer

.....

Datum staalafname

.. / .. /

Reden van uitstrijkje

Preventieve controle (max 1x om de 3 kalenderjaren)

Preventieve controle minder dan 3 kalenderjaren op verzoek van patiënte
(de patiënte is akkoord dat dit voor eigen rekening is)

Follow-up abnormaal uitstrijkje dd .. / .. /

Diagnostisch omwille van

Vorig uitstrijkje

nooit onderzocht

normaal

afwijkend (resultaat

onbekend

KLINISCHE GEGEVENS

Gynecologische status

laatste menses .. / .. /

postmenopauze met/zonder substitutie

zwanger

postpartum

amenorrhoe

Gynecologische ingrepen

hysterectomie ; cervix aanwezig/afwezig

conisatie

laserevaporatie

bestraling

andere

Anticonceptie

geen

OAC (COC / POP)

IUCD

Mirena

andere.....

Klinisch onderzoek

Uitzicht baarmoederhals

normaal

abnormaal

niet gezien

Bijkomende klinische informatie :

Handtekening aanvragende geneesheer :

Stempel : Naam – Adres- RIZIV nr – Tel.

Ook copie aan : Naam en adres :