

**VORSORGEUNTERSUCHUNG DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNG**  
**Früherkennungsprogramm für Frauen – PAP-Abstrich**



<p><b>Vorname, Familienname/Nachname und Anschrift der Probandin</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <p><b>Postleitzahl</b></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table>					<p><b>Sozialversicherungsnummer-TT-MM-JJ</b></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table> <p><b>versichert bei:</b></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table> <p><b>Versicherungsstatus</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> erwerbstätig, AMS</td> <td><input type="checkbox"/> Fremdstaaten</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pensionist</td> <td><input type="checkbox"/> EU-Abkommen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kriegshinterbliebener</td> <td><input type="checkbox"/> nicht versichert</td> </tr> </table>																			<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
<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))

<p>Qualität: eingeschränkte Aussagekraft</p> <p><input type="checkbox"/> keine Zellen der TZ</p> <p><input type="checkbox"/> andere Ursachen</p> <p>Qualität: nicht beurteilbar (Pap 0)</p> <p><input type="checkbox"/> keine Zellen der TZ</p> <p><input type="checkbox"/> andere Ursachen</p>	<p><b>Abstrichwiederholung</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
---	---

**Zervikalzytologischer Befund und Folgemaßnahme**

<p><b>PAP-Klasse</b></p> <p><input type="checkbox"/> I</p> <p><input type="checkbox"/> II</p> <p><input type="checkbox"/> III</p> <p><input type="checkbox"/> IIID</p> <p><input type="checkbox"/> IIIG</p> <p><input type="checkbox"/> IV</p> <p><input type="checkbox"/> V</p>	<p><b>Maßnahme</b></p> <p><input type="checkbox"/> Routine-Screening</p> <p><input type="checkbox"/> Abstrichwiederholung innerhalb von 6 Monaten</p> <p><input type="checkbox"/> sofortiger Handlungsbedarf (Histologie)</p> <p>informationsrelevanter Befund <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Probandin über Ergebnis informiert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
--	--

**Sonstige Auffälligkeiten**

<p><b>Fachgebiet - Vertragsnummer</b></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table> <p><b>Untersuchungsdatum TT - MM - JJJJ</b></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table>																	<p><b>Stempel oder Etikett der Praxis</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>