

VORSORGEUNTERSUCHUNG DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNG
Früherkennungsprogramm – PAP-Abstrich



**Vorname, Familienname/Nachname und Anschrift
der Proband*in**

Postleitzahl									

Sozialversicherungsnummer-TT-MM-JJ

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

versichert bei:

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

Versicherungsstatus

- | | |
|---|---|
| ☐ erwerbstätig, AMS | ☐ Fremdstaaten |
| ☐ Pensionist*in | ☐ EU-Abkommen |
| ☐ Kriegshinterbliebene | ☐ 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

Proband*in über Ergebnis informiert

☐ ja ☐ nein

Sonstige Auffälligkeiten

Fachgebiet - Vertragsnummer

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

Untersuchungsdatum TT - MM - JJJJ

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

Stempel oder Etikett der Praxis

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