



Aanvraagformulier  
**Cytologie Cervix**



<b>ZIEKENHUIS/INSTELLING:</b> <input type="checkbox"/> FG/VLIETLAND <input type="checkbox"/> ADZ <input type="checkbox"/> ZZV <input type="checkbox"/> IJSSELLAND <input type="checkbox"/> HUISARTS <input type="checkbox"/> GHZ <input type="checkbox"/> ANDERS	Onderzoeknummer en barcode Pathan <input type="checkbox"/> <b>CITO</b> Uitslag voor (datum): Direct telefoonnummer:
--	--

<b>PATIENTGEVENS:</b> (invullen of patiëntsticker plaatsen) Naam: Meisjesnaam: Geboortedatum: BSN: Adres: Woonplaats: Postcode: Zorgverzekering: Verzekeringsnummer:	<b>AANVRAGER:</b> Naam Arts / Praktijk (stempel): Kopie uitslag:  <b>INZENDING</b> Aantal potten: Aantal glaasjes: Aard materiaal: <input type="checkbox"/> cervix <input type="checkbox"/> vaginawand <input type="checkbox"/> vaginatop
---	---

<b>Aanleiding</b> <input type="checkbox"/> indicatie onderzoek <input type="checkbox"/> indicatie vervolgonderzoek <input type="checkbox"/> indicatie vervolgonderzoek na eerdere ingreep <b>Uitstrijk afgenomen door</b> <input type="checkbox"/> huisarts <input type="checkbox"/> gynaecoloog <input type="checkbox"/> anders, namelijk door: ..... <b>Datum uitstrijk</b> [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ][ ][ ] <b>Klachten</b> <input type="checkbox"/> klachten van abnormale fluor zonder duidelijke oorzaak <input type="checkbox"/> intermenstrueel bloedverlies <input type="checkbox"/> postmenopauzaal bloedverlies <input type="checkbox"/> contactbloedingen <input type="checkbox"/> geen <input type="checkbox"/> anders, namelijk:..... <b>Menstruatie</b> (kies één antwoord) <input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> geen menstruatie <input type="checkbox"/> menopauze <input type="checkbox"/> postmenopauze (≥ 1 jaar geen menstruatie) <b>Datum laatste menstruatie</b> (Is de datum niet bekend, laat dan het veld leeg) [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ][ ][ ]	<b>Humaan Papilloma Virus (HPV)</b> <input type="checkbox"/> bepaling hoog risico type <b>Anticonceptie</b> <input type="checkbox"/> geen <input type="checkbox"/> pil (hormonale therapie) <input type="checkbox"/> IUD koper <input type="checkbox"/> IUD mirena <input type="checkbox"/> anders: ..... <b>Gebruik hormonen</b> (anders dan anticonceptie) Meerdere antwoorden mogelijk <input type="checkbox"/> ja, vanwege overgangsklachten <input type="checkbox"/> ja, vanwege borstkanker <input type="checkbox"/> geen <input type="checkbox"/> anders <b>Aspect cervix</b> <input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> niet gezien <input type="checkbox"/> abnormale of verdachte portio. <b>Belangrijk!</b> licht toe: ..... ..... <b>Opmerkingen</b> Zijn er bijvoorbeeld eerdere ingrepen geweest? (Zie de standaarden van de NHG en NVOG) .....
---	---

De vermelde persoonsgegevens worden in een beveiligd computersysteem opgenomen. Voor uw patiënt is inzage in de eigen gegevens te allen tijde mogelijk. De aan ons toegezonden onderzoeksmaterialen en patiëntgegevens kunnen - na anonimisering - gebruikt worden voor wetenschappelijke doeleinden. Mocht uw patiënt hier bezwaar tegen hebben, dan kan hij/zij dit op onze website [www.Pathan.nl](http://www.Pathan.nl) (via contact) kenbaar maken.