

Geltungsbereich:  
KVSW allgemein

Formular  
**Untersuchungsantrag Weibliche  
Genitalorgane**



ID-Nummer: D7564

**Institut für Pathologie  
MVZ Böblingen**  
Bunsenstr. 120  
71032 Böblingen

Dr. med. I. Dostler  
Dr. med. P. Rieping  
Dr. med. (Univ. Skopje) T. Tashkova Kirkovska  
[pathologie@klinikverbund-suedwest.de](mailto:pathologie@klinikverbund-suedwest.de)

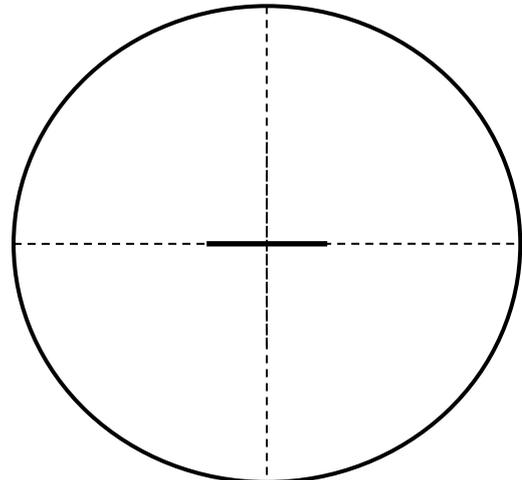
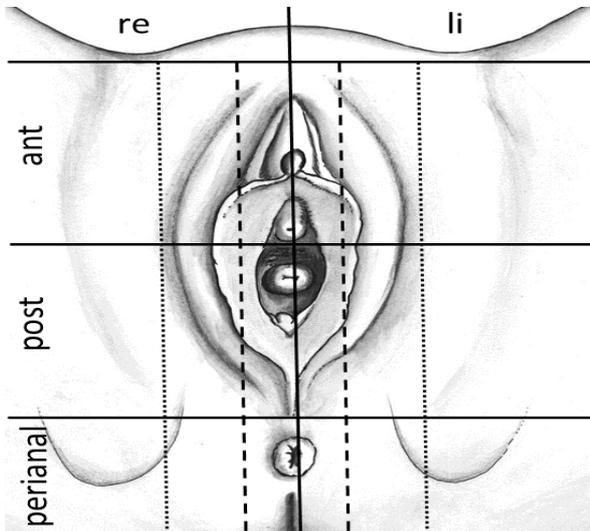
**Telefonnr. 07031 / 668-22588  
oder -22597  
Faxnr. 07031 / 668-22894**

**Einsenderadresse**

< Anrede >  
< Vorname > < Nachname >  
< Abteilung >  
Station:  
  
< Strasse - Haus-Nr.>  
<PLZ> < Ort >

**Patientendaten** (bitte Patientenaufkleber verwenden, falls zur Hand)

**Ambulant**  Ü-Schein  Privat  AOP  
 ASV  
**Stationär**  Kasse  Privat



**Anderes Material**

---

---

---

---

---

---

**Klinische Diagnose / Fragestellung**

---

---

---

---

---

---

**Entnahmedatum:**

Letzte Regel  
Menopause   
Hormonbehandlung  Radio-/Chemotherapie

**Vorbefunde/ Graduierung**

Vorbehandlung  
 ja  nein

**SHELLSCHNITT**  ja  nein

**Einsendender Arzt / Ärztin:**

**Datum/Unterschrift:**

**Tel.-Nr. für Rückfragen:**