

# ZUWEISUNG IN DIE DYSPLASIE-SPRECHSTUNDE

Etikett

PRAXIS IM FRAUENZENTRUM

## Angaben zur Patientin

Name, Vorname	Geburtsdatum
Adresse	PLZ/Ort
Telefon	E-Mail

## 1. Zervix-Dysplasie

Letzter PAP – Ergebnis und Datum:

Datum vom ersten, auffälligen PAP:

HPV-Status	low risk	high risk	unbekannt
Rauchen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Immunsuppression:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Schwangerschaft:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

## 2. Vulva-Dysplasie / -Dermatose

Beginn der Beschwerden:

Bisherige Therapie:

Wurde schon eine Biopsie durchgeführt?  ja  nein

## 3. Vaginale Läsion

Beschreibung und Lokalisation:

## 4. Kondylome

Lokalisation:

Bisherige Therapie:

Rezidiv:  ja  nein

## 5. Follow-Up

Patientin war schon in Dysplasie-Sprechstunde  ja  nein

## Zuweiser Adresse

Berichte per E-Mail, Fax oder Post?

Praxis im Frauenzentrum  
Lindenhofspital | Bremgartenstrasse 117 | Postfach | 3001 Bern  
Tel. +41 31 300 85 80 | praxisimfrauenzentrum@lindenhofgruppe.ch  
lindenhofgruppe.ch



LINDENHOFGRUPPE