

**Laboratorium voor Pathologische Anatomie**

Dr. K. Segers  
Dr. L. Van Leuven  
Dr. G. Verbeeck  
Tel. 014/44 44 77  
Fax. 014/44 44 76  
e-mail: secretariaat.pathologie@azturnhout.be

*Identificatie patiënt*

*Vorbehouden voor het labo*

**AANVRAAG BAARMOEDERHALS ONDERZOEK:**

Datum van afname: .... / .... / .....

Reden van uitstrijkje:  preventief onderzoek  
 klacht of klinisch letsel  
 follow-up of vervolg onderzoek, abnormaal uitstrijkje dd: maand .... jaar .....

Vorig uitstrijkje:  nooit onderzocht  0 tot 3 jaar geleden  langer dan 3 jaar geleden  
 onbekend

Bijkomende gegevens:

Gynaecologische status:  
 laatste maandstonen .....  postmenopauze: substitutie  ja /  neen  
 zwanger / post partum / lactatie

Anticonceptie:  
 geen  pil  IUD  prikpil  andere

Gynaecologische ingrepen:  
 hysterectomie:  cervix afwezig /  cervix aanwezig  
 conisatie  laserevaporatie  andere: .....

Klinisch onderzoek:  
- Uitzicht baarmoederhals:  normaal  abnormaal .....  niet gezien  
- Vaginaal toucher:  normaal  abnormaal .....  niet uitgevoerd

Klinische informatie:

Patiënte verklaart zich akkoord om het onderzoek zelf te betalen, indien dit niet past in het terugbetalingsschema van het ziekenfonds (incl. eventuele HPV-bepaling).

Handtekening:

**AANVRAGENDE GENEESHEER**

(datum + handtekening + stempel) (\*)

**KOPIE VERSLAG AAN:**