

**AANVRAAG CYTOLOGISCH ONDERZOEK BAARMOEDERHALS**

---

Datum aanvraag .. /.. /....	Datum ontvangst .. /.. /....
Naam en voornaam patiënt .....	Geboortedatum .. / .. / .....
Straat .....	
Postnummer en gemeente .....	
Mutualiteit .....	KG1/KG2 .....
Stamnummer .....	

---

Datum staalafname .. / .. / ....

Reden van uitstrijkje

- Preventieve controle (max 1x om de 3 kalenderjaren)
- Preventieve controle minder dan 3 kalenderjaren op verzoek van patiënte (de patiënte is akkoord dat dit voor eigen rekening is)
- Follow-up abnormaal uitstrijkje dd .. / .. / ....
- Diagnostisch omwille van .....

Vorig uitstrijkje

- nooit onderzocht
- normaal
- afwijkend (resultaat .....
- onbekend

**KLINISCHE GEGEVENS**

**Gynaecologische status**

- laatste menses .. / .. / ....
- postmenopauze met/zonder substitutie
- zwanger
- postpartum
- amenorrhoe

**Gynaecologische ingrepen**

- hysterectomie; cervix aanwezig/afwezig
- conisatie
- laserevaporatie
- bestraling
- andere

**Anticonceptie**

- geen
- OAC ( COC /  POP)
- IUCD
- Mirena
- andere.....

**Klinisch onderzoek**

- Uitzicht baarmoederhals
- normaal
  - abnormaal
  - niet gezien

**Bijkomende klinische informatie:**

---

Handtekening aanvragende geneesheer:  
Stempel: Naam – Adres – RIZIV nr – Tel.

**Dr.**  
RIZIVnr

Ook kopie aan: Naam en adres:

Versie 23/01/2023