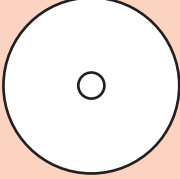


Údaje o pacientovi Rodné číslo, resp. číslo poistenca _____ / _____  Meno _____ Priezvisko _____ Bydlisko _____  U cudzincov      Kód krajiny EU    _____ Identif. číslo pacienta _____	Kód dg. _____	Kód poskytovateľa _____  Kód odosielajúceho lekára _____  Tel. _____
	Kód poisťovne pacienta _____	Pečiatka lekára: _____
	Dátum odberu _____ d d m m r r	
	_____	

Dátum PM _____ d d m m r r	Počet pôrodov: _____ + _____ * d d m m r r	ANAMNÉZA/ KLINIKA (spekulum, kolposkopia, cytológia/biopsia, konizácia, D&C, EDK, HYE, pôrody)  Poznámka:   Predchádzajúce vyšetrenia:
Počet potratov: _____ + _____ * d d m m r r	Počet UPT: _____ + _____ * d d m m r r	
<input type="checkbox"/> IUD <input type="checkbox"/> HATK <input type="checkbox"/> HRT <input type="checkbox"/> GRAV <input type="checkbox"/> Laktácia	Miesto odberu    Spôsob odberu    Označenie skiel <input type="checkbox"/> EXOCERVIX <input type="checkbox"/> Spatula <input type="checkbox"/> Brush    _____ <input type="checkbox"/> ENDOCERVIX <input type="checkbox"/> Spatula <input type="checkbox"/> Brush    _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____    _____	
_____		

Očkovanie proti HPV: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Rok aplikácie 3. dávky: _____	Typ vakcíny: _____
---	----------------------------------	-----------------------

\* Do 3 mesiacov pred odberom.