

Geboortenaam	Naam huwelijkse partner
Voorletters	☐ M ☐ V
Voornaam	(bij kind of tweeling)
Adres	
Postcode	Woonplaats
Geb. datum	BSN
Nota	Zorgverzekeraar
	Polisnr.
	Arts
	Instelling

☐ Bezwaar tegen nader gebruik lichaamsmateriaal ☐ Bij het inleveren van het materiaal/formulier gaat u akkoord met het aangevraagde onderzoek door HMC.

Let op. Dit formulier kunt u niet gebruiken voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker.
Daarvoor is een apart formulier beschikbaar.

Gegevens aanvrager (verplicht invullen):

Naam arts: Telefoonnummer arts:

Datum uitstrijk:

Aanleiding:

☐ indicatie onderzoek HPV-bepaling ☐ JA ☐ NEE

☐ indicatie vervolgonderzoek

☐ indicatie onderzoek na eerdere ingreep

Klachten:

☐ klachten van abnormale fluor zonder duidelijke oorzaak ☐ contactbloedingen

☐ intermenstrueel bloedverlies ☐ geen

☐ post menopauzaal bloedverlies ☐ anders

Menstruatie: Kies één antwoord

☐ normaal ☐ menopauze

☐ geen menstruatie ☐ postmenopauze (> 1 jaar geen menstruatie)

Datum laatste menstruatie _____

Anticonceptie: Kies één antwoord

☐ geen ☐ IUD koper

☐ pil (hormonale therapie) ☐ IUD Mirena

☐ anders, namelijk _____

Gebruik hormonen: (anders dan anticonceptie) Meerdere antwoorden mogelijk

☐ ja, vanwege overgangsklachten ☐ geen

☐ ja, vanwege borstkanker ☐ anders _____

Aspect Cervix: Vergeet niet deze vraag in te vullen! Verplicht!

☐ normaal ☐ abnormaal of verdachte portio

☐ niet gezien

☐ abnormaal omdat _____