



Gebärmutterhalskrebs- Vorsorge

Name, Vorname

Geburtsdatum

Patientin 20 - 34 Jahre

Ich habe im letzten Kalenderjahr keine gynäkologische und zytologische Untersuchung im Rahmen der Gebärmutterhalskrebs-Vorsorge auf Grundlage der neuen Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) in Anspruch genommen.

Hiermit bestätige ich, dass diese Aussage zutrifft. Mir ist bekannt, dass ich anderenfalls die Kosten der ärztlichen Untersuchung, Probennahme und Laboruntersuchung selbst trage.

Datum

Unterschrift

Patientin ab 35 Jahre

Ich habe seit Start der neuen oKFE-RL im Januar 2020 keine gynäkologische und zytologische Untersuchung in Kombination mit HPV-Diagnostik im Rahmen der Gebärmutterhalskrebs-Vorsorge auf Grundlage der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) in Anspruch genommen.

Hiermit bestätige ich, dass diese Aussage zutrifft. Mir ist bekannt, dass ich anderenfalls die Kosten der ärztlichen Untersuchung, Probennahme und Laboruntersuchung selbst trage.

Datum

Unterschrift