

Patientenname:

NACHSORGEPROGRAMM

TERMIN 1: (nach 6 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, gynäkologische Untersuchung Kolposkopie, Zytologie		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
TERMIN 2: (nach 12 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, gynäkologische Untersuchung Kolposkopie, Zytologie		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
TERMIN 3: (nach 18 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, gynäkologische Untersuchung Kolposkopie, Zytologie		STEMPEL/UNTERSCHRIFT

Raum für Ihre Eintragungen:

Patientenname:

NACHSORGEPROGRAMM

TERMIN 4: (nach 24 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, gynäkologische Untersuchung Kolposkopie, Zytologie		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
WEITERE UNTERSUCHUNGEN:		
Jährliche Untersuchungen: Anamnese, gynäkologische Untersuchung Kolposkopie, Zytologie		STEMPEL/UNTERSCHRIFT

Raum für Ihre Eintragungen: