

Let op! Dit formulier kunt u **niet** gebruiken voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker.

<b>Gegevens uitstrijkend arts</b>	AGB-code	<input type="text"/>		
	Naam / praktijk	<input type="text"/>		
	Telefoonnummer	<input type="text"/>		
<b>Gegevens vrouw</b> <i>Vul in of plak een sticker met de gegevens</i>	Naam	<input type="text"/>		
	Geboortedatum	<input type="text"/>		
	Burgerservicenummer	<input type="text"/>		
<b>Datum uitstrijk</b>	Dag	Maand	Jaar	<i>Vul dag, maand en jaar in. 1 juli 2016 vult u in als: 01-07-2016</i>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2 0 <input type="text"/>	
<b>Klachten</b>	<input type="checkbox"/> klachten van abnormale fluor zonder duidelijke oorzaak <input type="checkbox"/> intermenstrueel bloedverlies <input type="checkbox"/> contactbloedingen <input type="checkbox"/> postmenopauzaal bloedverlies <input type="checkbox"/> geen <input type="checkbox"/> anders, namelijk <input type="text"/>			
<b>Menstruatie</b> <i>Kies één antwoord</i>	<input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> menopauze <input type="checkbox"/> geen menstruatie <input type="checkbox"/> postmenopauze (> 1 jaar geen menstruatie)			
<b>Datum laatste menstruatie</b> <i>Is de datum niet bekend, laat dan het veld leeg</i>	Dag	Maand	Jaar	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2 0 <input type="text"/>	
<b>Anticonceptie</b> <i>Kies één antwoord</i>	<input type="checkbox"/> geen <input type="checkbox"/> IUD koper <input type="checkbox"/> anders <input type="checkbox"/> pil (hormonale therapie) <input type="checkbox"/> IUD mirena			
<b>Gebruik hormonen</b> <i>(anders dan anticonceptie) Meerdere antwoorden mogelijk</i>	<input type="checkbox"/> ja, vanwege overgangsklachten <input type="checkbox"/> geen <input type="checkbox"/> ja, vanwege borstkanker <input type="checkbox"/> ja, vanwege <input type="text"/>			
<b>Aspect Cervix</b> <i>Vergeet niet deze vraag in te vullen!</i>	<input type="checkbox"/> niet gezien <input type="checkbox"/> abnormaal of verdachte portio. <b>Belangrijk! Licht toe.</b> <input type="checkbox"/> normaal <input type="text"/>			
<b>Opmerkingen</b> <i>Zijn er bijvoorbeeld eerdere ingrepen geweest? (Zie de standaarden van de NHG en NVOG)</i>	<input type="text"/>			