UKC MARIBOR Univerzitetni klinični center Maribor
Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor, Slovenija
Tel.: 00386 2 321 10 00 Faks: 00386 2 331 23 93
Klinika za ginekologijo in perinatologijo
Oddelek za ginekološko onkologijo in onkologijo dojk

klinika, oddelek

ime in priimek

datum in kraj rojstva ter starost

identifikacijska številka (št. ZZZS)

prebivališče

KOLPOSKOPSKI KARTON

TELEFONSKA ŠTEVILKA

DRUŽINSKA ANAMNEZA:_____

OSEBNA ANAMNEZA:_____

OPERATIVNI POSEGI:_____

POŠKODBE:_____

ZDRAVILA:_____

ALERGIJE:_____

RAZVADE, SOCIOEKONOMSKI STATUS:_____

GINEKOLOŠKE BOLEZNI:_____

ŠTEVILO PARTNERJEV:_____ PRVI SPOLNI ODNOSI:_____

MENARHA:_____ CIKLUS:_____ __ OPIS MENSTRUACIJ:_____ **ZADNJE PERILO:_____**

NOSEČNOSTI:____ ROJSTVA:_____ SP. SPLAVI:_____ UPN:_____ GEU:_____ KC:_____

GINEKOLOŠKE TEŽAVE:_____

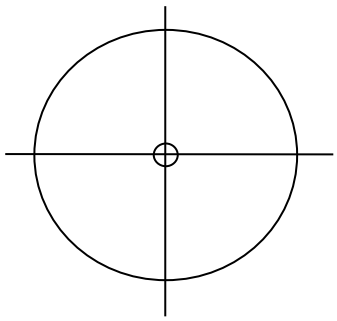
PREDHODNJI IZVIDI (BMV, biopsija, HPV): _____

_____

1. PREGLED

DATUM:_____

KOLPOSKOPIJA:



PREISKAVE:

MNENJE, UKREPANJE:

2. PREGLED

DATUM:_____

OSEBNA ANAMNEZA:_____

OPERACIJA:_____

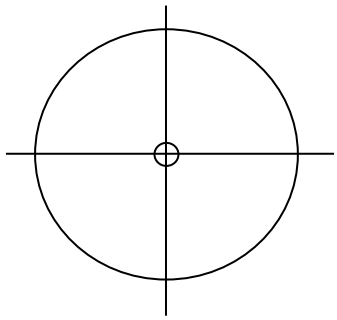
GINEKOLOŠKE TEŽAVE:_____

ROJSTVA:_____, SP. SPLAVI:_____, UPN:_____, GEU:_____, **ZADNJE PERILO:_____, KC:_____**

KOLPOSKOPIJA:

PREISKAVE:

MNENJE:



3. PREGLED

DATUM:_____

OSEBNA ANAMNEZA:_____

OPERACIJA:_____

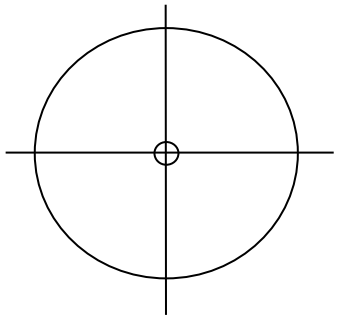
GINEKOLOŠKE TEŽAVE:_____

ROJSTVA:_____, SP. SPLAVI:_____, UPN:_____, GEU:_____, **ZADNJE PERILO:_____, KC:_____**

KOLPOSKOPIJA:

PREISKAVE:

MNENJE:



4. PREGLED

DATUM:_____

OSEBNA ANAMNEZA:_____

OPERACIJA:_____

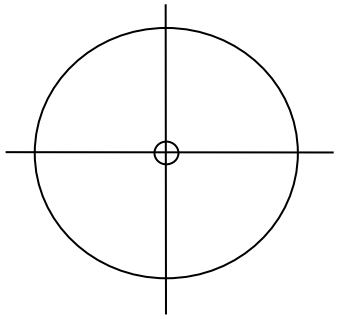
GINEKOLOŠKE TEŽAVE:_____

ROJSTVA:_____, SP. SPLAVI:_____, UPN:_____, GEU:_____, **ZADNJE PERILO:_____, KC:_____**

KOLPOSKOPIJA:

PREISKAVE:

MNENJE:



5. PREGLED

DATUM:_____

OSEBNA ANAMNEZA:_____

OPERACIJA:_____

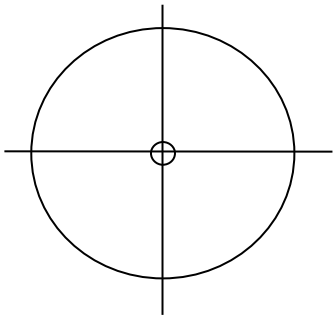
GINEKOLOŠKE TEŽAVE:_____

ROJSTVA:_____, SP. SPLAVI:_____, UPN:_____, GEU:_____, **ZADNJE PERILO:_____, KC:_____**

KOLPOSKOPIJA:

PREISKAVE:

MNENJE:



6. PREGLED

DATUM:_____

OSEBNA ANAMNEZA:_____

OPERACIJA:_____

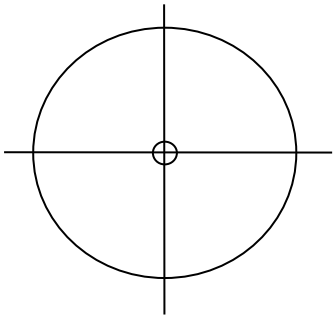
GINEKOLOŠKE TEŽAVE:_____

ROJSTVA:_____, SP. SPLAVI:_____, UPN:_____, GEU:_____, **ZADNJE PERILO:_____, KC:_____**

KOLPOSKOPIJA:

PREISKAVE:

MNENJE:



7. PREGLED

DATUM:_____

OSEBNA ANAMNEZA:_____

OPERACIJA:_____

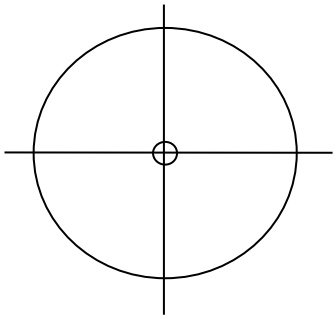
GINEKOLOŠKE TEŽAVE:_____

ROJSTVA:_____, SP. SPLAVI:_____, UPN:_____, GEU:_____, **ZADNJE PERILO:_____, KC:_____**

KOLPOSKOPIJA:

PREISKAVE:

MNENJE:



OPERATIVNI POSEG

Pri bolnic je potreben operativni poseg, in sicer:_____.

Bolnici dr._____ poseg in možne zaplete razloži. Bolnica razlago razume, dobi odgovore na dodatna vprašanja in se s posegom strinja. Datum:_____

Podpis zdravnika:_____ Podpis bolnice:_____

DATUM OP:_____ INDIKACIJA:_____

VRSTA POSEGA: LLETZ KONIZACIJA PO _____ EKSCIZIJA LEZIJE VULVE DRUGO:_____

POTEK POSEGA: BREZ ZAPLETOV KRVAVITEV DRUGO:_____

POOPERATIVNI POTEK: BREZ ZAPLETOV KRVAVITEV IZCEDEK DRUGO:_____

OPOMBE:

OPERATIVNI POSEG

Pri bolnic je potreben operativni poseg, in sicer:_____.

Bolnici dr._____ poseg in možne zaplete razloži. Bolnica razlago razume, dobi odgovore na dodatna vprašanja in se s posegom strinja. Datum:_____

Podpis zdravnika:_____ Podpis bolnice:_____

DATUM OP:_____ INDIKACIJA:_____

VRSTA POSEGA: LLETZ KONIZACIJA PO _____ EKSCIZIJA LEZIJE VULVE DRUGO:_____

POTEK POSEGA: BREZ ZAPLETOV KRVAVITEV DRUGO:_____

POOPERATIVNI POTEK: BREZ ZAPLETOV KRVAVITEV IZCEDEK DRUGO:_____

OPOMBE: