

Patientendaten		Einsender, Auftraggeber	
<b>Patienten-Nr. des Arztes:</b>		Behandelnder Arzt: _____ Telefon-Nr. direkt/intern: _____	
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> Kind >> Vater/Mutter .....			
Name	_____		
Vorname	_____		
Strasse	_____		
PLZ/Ort	_____		
c/o	_____		
Geburts-Datum	_____	<b>Rechnung an</b>	
<b>Befundbearbeitung</b>		<input type="checkbox"/> Krankenkasse ..... Sektion ..... Mitglied-Nr. .... AHV/IV-Nr. ....	
<input type="checkbox"/> Telefon erwünscht   Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Faxbericht erwünscht   Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Befundkopie an: _____		<input type="checkbox"/> Spital (stationärer Patient) <input type="checkbox"/> allg. <input type="checkbox"/> hpriv. <input type="checkbox"/> priv.	
<input type="checkbox"/> Patient untersagt allfällige Meldung an Krebsregister		<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Einsender <input type="checkbox"/> Beleg sofort an Einsender <input type="checkbox"/> Andere .....	

Bitte schwarz markieren

Zum Markieren keine Filzstifte verwenden!

## Extragenitale Zytologie

Für **Histologie** und **Gynäkologische Zytologie** bitte entsprechende Formulare benutzen

### Untersuchungsmaterial und Herkunft

Entnahmedatum:		Flüssigmedium:	<input type="checkbox"/> Formalin <input type="checkbox"/> Cytolyt/ThinPrep <input type="checkbox"/> NaCl <input type="checkbox"/> PBS	Objektträger/Anzahl	
<b>Feinnadelpunktion</b>		<b>Punktate</b>		<b>Respiratorische Probe</b>	
<input type="checkbox"/> Schilddrüse <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Speicheldrüsen <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Mamma <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Lymphknoten von ..... <input type="checkbox"/> Leber <input type="checkbox"/> Pancreas <input type="checkbox"/> Tumor von ..... <input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> Pleura <input type="checkbox"/> Aszites <input type="checkbox"/> Perikard <input type="checkbox"/> Schilddrüsen-Zyste <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Mamma-Zyste <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Mamillen-Sekret <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Zyste von ..... <input type="checkbox"/> Gelenk-Erguss <input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Bronchial-Sekret <input type="checkbox"/> Bronchial-Lavage <input type="checkbox"/> Bronchial-Bürste <input type="checkbox"/> BAL ohne Zelldifferenzierung <input type="checkbox"/> BAL mit Zelldifferenzierung <input type="checkbox"/> EBUS <input type="checkbox"/> TBNA ..... <input type="checkbox"/> .....	
<b>Diverse Proben</b>					
<input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Harnblasenspülflüssigkeit <input type="checkbox"/> Analabstrich <input type="checkbox"/> Vulva <input type="checkbox"/> Endometrium <input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....					

### Klinische Angaben / Fragestellung

.....

.....

.....

.....

