

Patientendaten			Einsender, Auftraggeber	
Patienten-Nr. des Arztes:			<input type="checkbox"/> Krankenkasse Mitglied-Nr. <input type="checkbox"/> IV Verfügungs-Nr. <input type="checkbox"/> Unfall-Vers. Fall-Schaden-Nr. Unfalldatum <input type="checkbox"/> Spital (stationärer Patient) <input type="checkbox"/> allg. <input type="checkbox"/> hpriv. <input type="checkbox"/> priv. <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Einsender <input type="checkbox"/> Beleg sofort an Einsender <input type="checkbox"/> Andere	
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> Kind >> Vater/Mutter				
Name	.....		
Vorname	.....		
Strasse	.....		
PLZ/Ort	.....		
c/o	.....		
Geburtsdatum	Mobil Tel.	.....	
E-Mail	.....		
AHV-Nr.	.....		
Befundbearbeitung <input type="checkbox"/> Eilt			Rechnung an	
<input type="checkbox"/> Telefon erwünscht Nr.: <input type="checkbox"/> Faxbericht erwünscht Nr.: <input type="checkbox"/> Befundkopie an:				
Frühere Untersuchungen (Institut/Befund Nr.)				
.....				
.....				

 Bitte **schwarz** markieren

Zum Markieren keine Filzstifte verwenden!

Extragenitale Zytologie

Probenmaterial / Klinische Angaben / Fragestellungen

Entnahmedatum:	.....	Entnahmezeit:	.....
Flüssigmedium:	<input type="checkbox"/> Formalin <input type="checkbox"/> Cytolyt/ThinPrep <input type="checkbox"/> NaCl <input type="checkbox"/> PBS	Objektträger/Anzahl:	
Feinnadelpunktion	Punktate	Respiratorische Probe	Diverse Proben
<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 <input type="checkbox"/> Leber <input type="checkbox"/> Pankreas <input type="checkbox"/> Tumor von <input type="checkbox"/>	<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"/> Pleura <input type="checkbox"/> Aszites <input type="checkbox"/> Perikard <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-Spülung <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"/>	<input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Harnblasenspülflüssigkeit <input type="checkbox"/> Analabstrich <input type="checkbox"/> Vulva <input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Allgemeine klinische Angaben / Fragestellungen

.....

.....

.....

.....

Makroskopischer Befund

.....

.....

.....

.....

- behandelt mit:
 Restmaterial vorhanden
- Material für MolPath:**
 Cytolyt
 Nativ
 Versandhülle mit Namen/Lokalisation beschriftet

Telefonprotokoll:

.....

Mikroskopischer Befund

Plattenepithelien		Erythrozyten	
Plattenepithelmethaplasie		Neutrophile Granulozyten	
Kernlose Plattenepithelien		Eosinophile Granulozyten	
Drüsenepithel		Lymphozyten	
Kubisches Epithel		Plasmazellen	
Schleimbild. Zylinderepithelien		Bakterien	
Flimmerepithel		Pilze	
Urothelien		Schleim	
Bindegewebszellen		Myxoidsubstanz	
Muskelzellen		Kolloid	
Fettzellen			
Mesothelien			
Histiozyten			
Makrophagen			
Schaumzellen			

Zytologische Diagnose

.....