



# Zytologie Allgemein

Name, Vorname, Ledigennamen (Bitte Angaben <b>in Blockschrift</b> ausfüllen oder <b>besser Barcode</b> aufkleben)		Bitte freilassen
Geburtsdatum T T M M J J <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)		Geschlecht M W <input type="text"/> <input type="text"/>

<b>Rechnung an:</b> <input type="checkbox"/> Versicherung <input type="checkbox"/> Auftraggeber/Spital <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> IV/SUVA	<b>Versicherungsdetails:</b> <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär KK/Vers.: _____ Adresse: _____ Police-Nr.: _____	<input type="checkbox"/> Auftrag für <b>Schnellbefundung</b> Bitte vorgängig anmelden Telefon +41 71 494 21 24 Tel.: _____ Kontakt: _____ <input type="checkbox"/> Telefonische Befundmitteilung Tel.: _____
--	--	---

**Kopie(n) an:**

<b>Klinische Angaben:</b> _____ _____	<b>Bisherige Therapien:</b> <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Strahlentherapie <input type="checkbox"/> Andere: _____
<b>Fragestellung:</b> _____	<b>Vorbefunde:</b> <input type="checkbox"/> Pathologie KSSG <input type="checkbox"/> extern (Kopie beilegen)

## Exfoliativ-Zytologie

(Feinnadelpunktion siehe Rückseite)

<b>Bronchial</b> <input type="checkbox"/> Sputum I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> mehr pro Tag nur 1 Sputumprobe einsenden
<b>Intestinaltrakt</b> <input type="checkbox"/> Bürstenabstrich Lokalisation: _____ <input type="checkbox"/> Spülung/Sekret Lokalisation: _____
<b>Körperhöhlenergüsse</b> (möglichst viel Material nativ einsenden, bis zu 1 Liter) <input type="checkbox"/> Pleura re <input type="checkbox"/> Perikard <input type="checkbox"/> Hydrozele <input type="checkbox"/> Aszites <input type="checkbox"/> Douglas-Sekret <input type="checkbox"/> Pleura li <input type="checkbox"/> Gelenk <input type="checkbox"/> Bauchhöhlenflüssigkeit <input type="checkbox"/> Douglas-Lavage
<b>Harnwege</b> <input type="checkbox"/> Blasenspülung <input type="checkbox"/> Illeum Ersatzblase <input type="checkbox"/> Ureterspülung re <input type="checkbox"/> Nierenbeckenspülung re <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Urethra <input type="checkbox"/> Ureterspülung li <input type="checkbox"/> Nierenbeckenspülung li
<b>Liquor cerebrospinalis</b> <input type="checkbox"/> Lumbal <input type="checkbox"/> Ventrikel
<b>Anderes</b> <input type="checkbox"/> _____ _____

Datum der Entnahme:

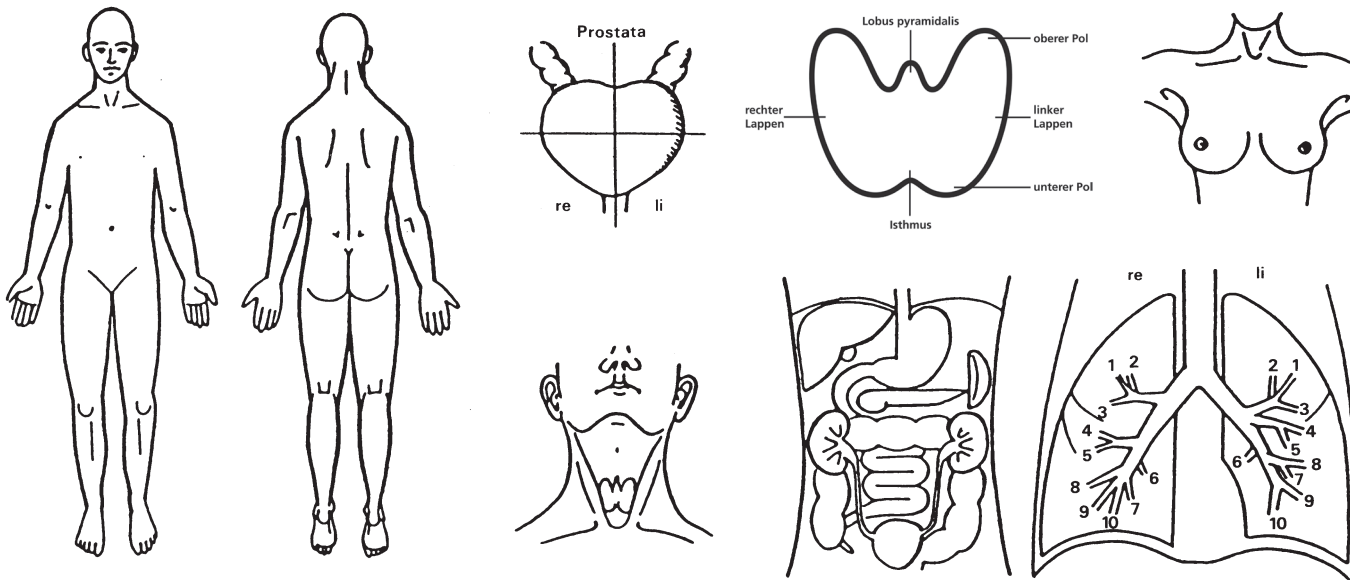
Stempel, Name und Telefon-Nr.  
des einsendenden Arztes

# Feinnadelpunktion

(Exfoliativ-Zytologie siehe Vorderseite)

- Mamma re
- Prostata
- Niere re
- Mediastinum
- Bauchhöhle
- Mamma li
- Pankreas
- Niere li
- Lymphknoten
- Retroperitoneum
- Speicheldrüse
- Leber
- Nebenniere re
- Lunge transkutan
- Ovar re
- Schilddrüse
- Nebenniere li
- Lunge transbronchial
- Ovar li
- Anderes

Ort des punktierten Tumors bitte genau angeben:



Datum der Entnahme:

Stempel, Name, Unterschrift und Telefon des einsendenden Arztes

**Nicht ausfüllen!**

	○	(+)	+	++	+++		○	(+)	+	++	+++	
Schleim						Plattenepithelien						
Kolloid						Kernlose Plattenepithelien						
Pilzfäden/Candida/Aspergillus						Kubische Zellen						
Bakterien						Zylinderzellen						
Erythrozyten						Schleimbildende Zylinderzellen						
Neutrophile Granulozyten						Flimmerepithelien						
Eosinophile Granulozyten						Basale Zylinderzellen						
Charcot-Leyden Kristalle						Urothelzellen						
Lymphozyten/-Entw.-Stufen						Onkozyten						
Plasmazellen						Ziliozytophthorie						
Histiozyten/Makrophagen/ Mesothelzellen/mehrkern. Hist.							Metaplasie					
Sternhimmelzellen/Schaumzellen							Nekrose					
Binde-/Fettgewebe						Maligne Zellen						
Anthrakose						Mitosen						
Hämosiderrophagen						Atypische Zellen						