

Zytologie Gastroenterologie

Name, Vorname, Ledigennamen (Bitte Angaben in Blockschrift ausfüllen oder besser Barcode aufkleben)	Bitte freilassen														
<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; border: none;">Geburtsdatum</td> <td style="text-align: center; border: none;">Geschlecht</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border: none;">T T M M J J</td> <td style="text-align: center; border: none;">M W</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border: none;"> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </td> <td style="text-align: center; border: none;"> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </td> </tr> </table>	Geburtsdatum	Geschlecht	T T M M J J	M W	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>							<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>			
Geburtsdatum	Geschlecht														
T T M M J J	M W														
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>							<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>								
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)															

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

Kopie(n) an:

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

Feinnadelpunktion perkutan

(Exfoliativzytologie und Schemata siehe Rückseite)

<input type="checkbox"/> Bauchhöhle / mesenterial <input type="checkbox"/> Retroperitoneum <input type="checkbox"/> Kleines Becken	}	<input type="checkbox"/> Lymphknoten <input type="checkbox"/> Tumormasse <input type="checkbox"/> Pankreas <input type="checkbox"/> Kopf <input type="checkbox"/> Corpus <input type="checkbox"/> Schwanz <input type="checkbox"/> eher peripankreatisch <input type="checkbox"/> Leber <input type="checkbox"/> Niere links <input type="checkbox"/> Niere rechts <input type="checkbox"/> Nebenniere links <input type="checkbox"/> Nebenniere rechts <input type="checkbox"/> anderes
--	---	---

Feinnadelpunktion transluminal

<input type="checkbox"/> Endoskopie-gezielte FNP <input type="checkbox"/> EUS-gezielte FNP <input type="checkbox"/> anderes	Ausgangsorgan: _____ Stichkanal: trans- _____ Zielorgan /-region: _____
---	---

Datum der Entnahme:

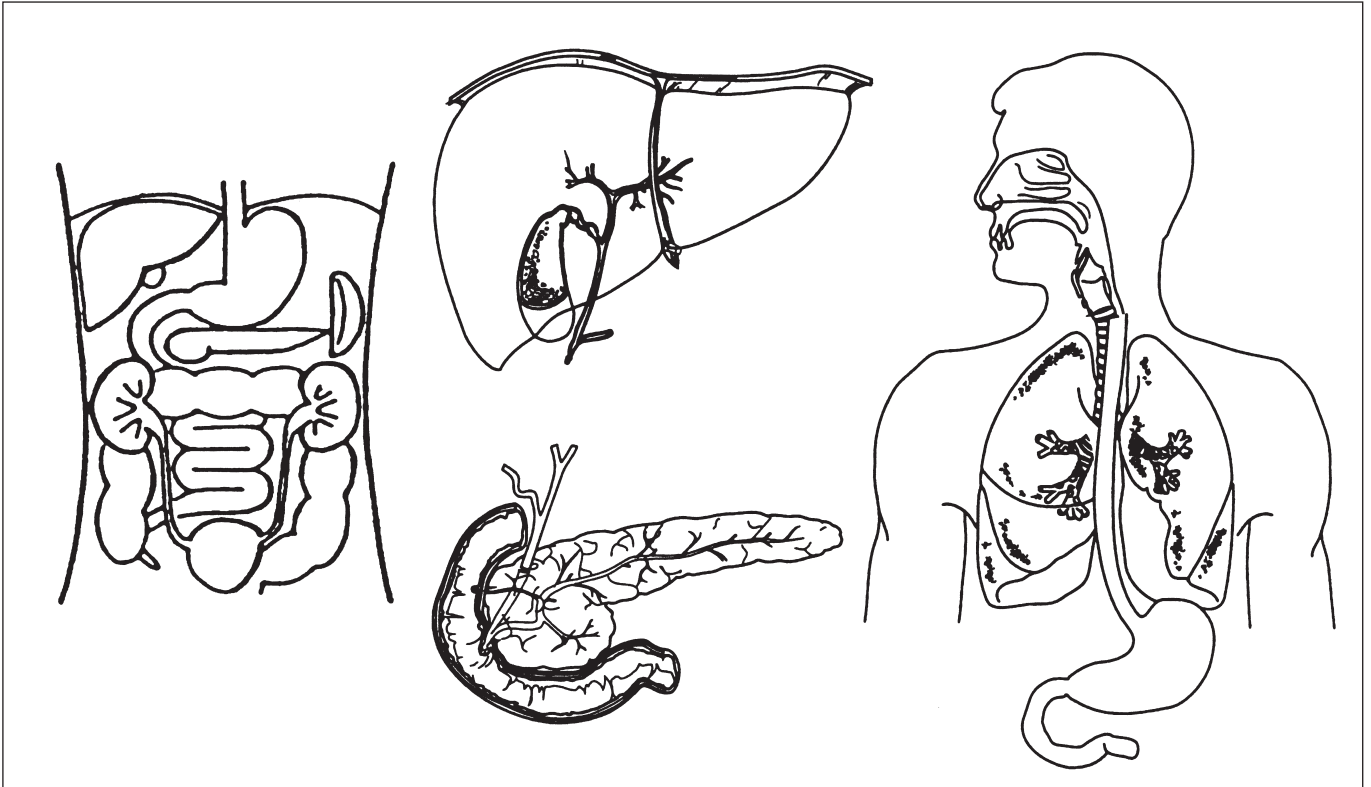
Stempel, Name und Telefon-Nr.
des einsendenden Arztes

Exfoliativ-Zytologie

(Feinnadelpunktion siehe Vorderseite)

- Entnahmetechnik:**
- endoskopisch
 - Bürstenabstrich
 - ERCP
 - Spontansekret
 - PTC
 - Spülung

- Topographie:**
- Oesophagus
 - Magen
 - Duodenum
 - Pankreasgang
 - D. choledochus
 - Gallengang
 - Dickdarm



Nicht ausfüllen!

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