

Zytologie Pneumologie

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

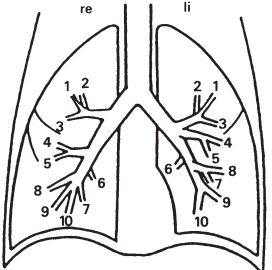
Rechnung an: <input type="checkbox"/> Versicherung <input type="checkbox"/> Auftraggeber/Spital <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> IV/SUVA	Versicherungsdetails: <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär KK/Vers.: _____ Adresse: _____ Police-Nr.: _____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

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)

Exfoliativ-Zytologie

(Feinnadelpunktion siehe Rückseite)

Bronchial Sputum I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> mehr <input type="checkbox"/> pro Tag nur 1 Sputumprobe einsenden Bronchialsekret/-Spülung <input type="checkbox"/> Lappen/Segment: _____ Bürstenabstrich <input type="checkbox"/> Lappen/Segment: _____ Bronchioloalveoläre Lavage <input type="checkbox"/> Lappen/Segment: _____	
--	---

Pleuraerguss <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
--

Datum der Entnahme:

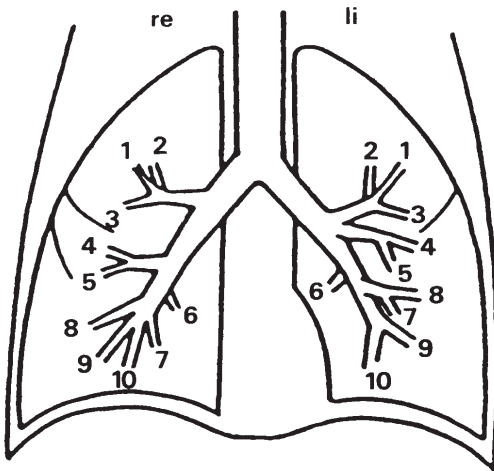
Stempel, Name und Telefon-Nr.
des einsendenden Arztes

Feinnadelpunktion

(Exfoliativ-Zytologie siehe Vorderseite)

Lunge:

- Lunge transkutan
- Lunge transbronchial



Transbronchiale / tracheale FNP mediastinaler LK:

	rechts	links
LK 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LK 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LK 7	<input type="checkbox"/>	
LK 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum der Entnahme:

Stempel, Name und Telefon-Nr.
des einsendenden Arztes

Nicht ausfüllen!

	O	(+)	+	++	+++		O	(+)	+	++	+++
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					