

## Zytologie Allgemein

Name, Vorname, Ledigename (Bitte Angaben <b>in Blockschrift</b> ausfüllen oder <b>besser Barcode</b> 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: 1px solid black;"> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:20px; height:20px;"></td> </tr> </table> </td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;"> <table style="width:100%; border: none;"> <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 style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:20px; height:20px;"></td> </tr> </table>							<table style="width:100%; border: none;"> <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 style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:20px; height:20px;"></td> </tr> </table>							<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:20px; height:20px;"></td> <td style="width:20px; height:20px;"></td> </tr> </table>								
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)															

<b>Rechnung an:</b> <input type="checkbox"/> Versicherung <input type="checkbox"/> Auftraggeber/Spital <input type="checkbox"/> Patientin/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 Anus <input type="checkbox"/> mit HPV-Test <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>→ nativer Liquor muss innert 1 Stunde nach Entnahme bei uns eintreffen (nicht per Rohrpost senden)</b>
<b>Anderes</b> <input type="checkbox"/> _____ _____

Datum der Entnahme:

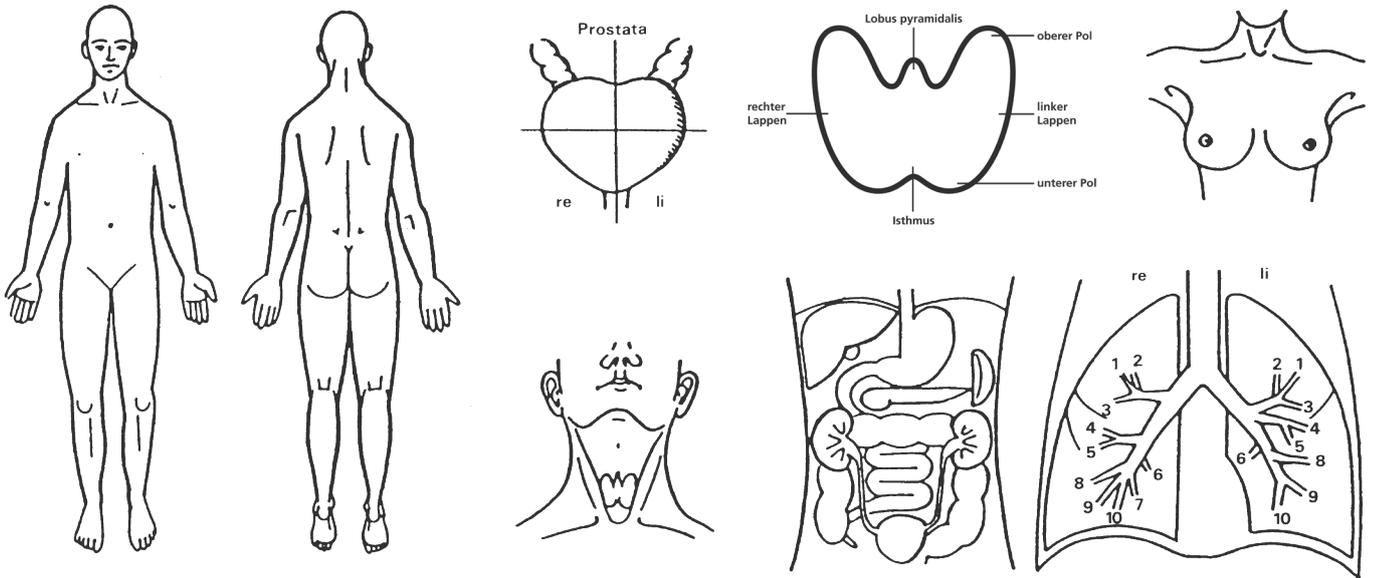
**Stempel, Name und Telefon-Nr.**  
 Einsenderin/Einsender

# Feinnadelpunktion

(Exfoliativ-Zytologie siehe Vorderseite)

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

Genauere Lokalisation:



Datum der Entnahme:

Stempel, Name, Unterschrift und Telefon  
Einsenderin/Einsender

**Nicht ausfüllen!**

	0	(+)	+	++	+++		0	(+)	+	++	+++
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					