

Zytologie Allgemein

Name, Vorname, Ledigennamen (Bitte Angaben in Blockschrift ausfüllen oder besser Barcode aufkleben)		Bitte freilassen
Geburtsdatum T T M M J J <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>		
Geschlecht M W <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>		
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)		

Rechnung an: <input type="checkbox"/> Versicherung <input type="checkbox"/> IV/SUVA <input type="checkbox"/> Auftraggeber (amb./stat. Pauschale) <input type="checkbox"/> Pat. ist Selbstzahler (zum Spitaltarif)	Versicherungsdetails: <input type="checkbox"/> Vorsorge <input type="checkbox"/> Schwangerschaft KK/Vers.: _____ 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	<input type="checkbox"/> Sputum I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> mehr pro Tag nur 1 Sputumprobe einsenden
Intestinaltrakt	<input type="checkbox"/> Bürstenabstrich Anus <input type="checkbox"/> mit HPV-Test <input type="checkbox"/> Bürstenabstrich Lokalisation: _____ <input type="checkbox"/> Spülung/Sekret Lokalisation: _____
Körperhöhlenergüsse (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
Harnwege	<input type="checkbox"/> Blasenspülung <input type="checkbox"/> Ileum 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
Liquor cerebrospinalis <input type="checkbox"/> Lumbal <input type="checkbox"/> Ventrikel	→ nativer Liquor muss innert 1 Stunde nach Entnahme bei uns eintreffen (nicht per Rohrpost senden)
Anderes <input type="checkbox"/> _____ _____	

Datum der Entnahme:

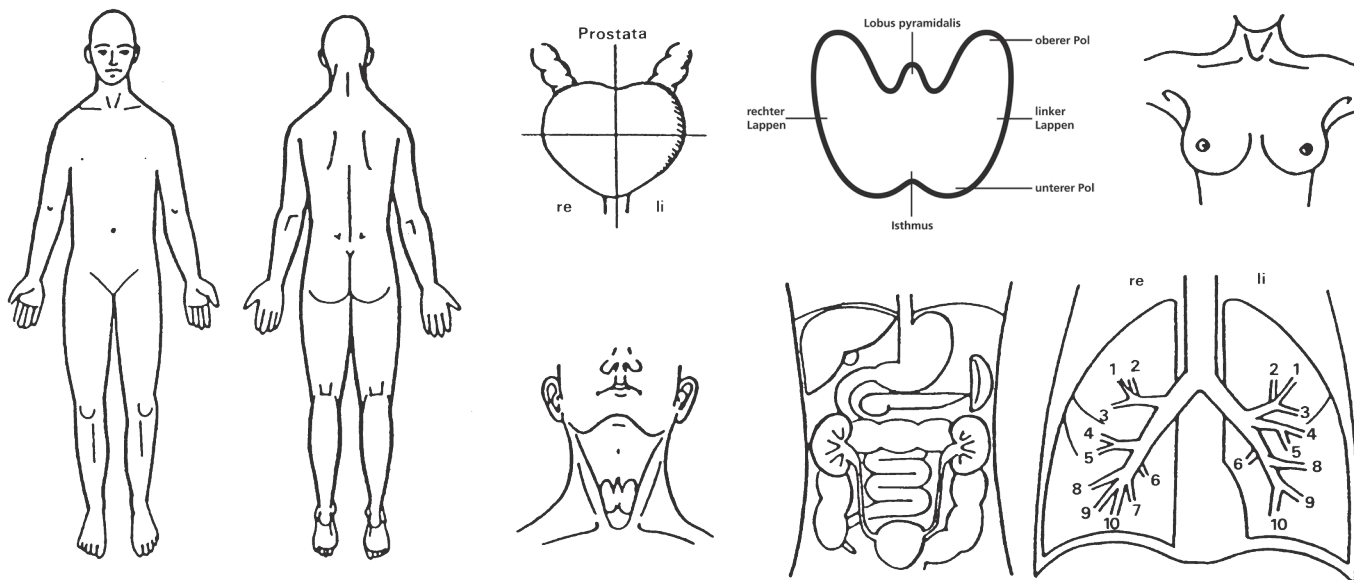
Stempel, Name und Telefon-Nr.
Einsenderin/Einsender

Feinnadelpunktion

(Exfoliativ-Zytologie siehe Vorderseite)

- | | | | | |
|--|-----------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mamma re | <input type="checkbox"/> Prostata | <input type="checkbox"/> Niere re | <input type="checkbox"/> Mediastinum | <input type="checkbox"/> Bauchhöhle |
| <input type="checkbox"/> Mamma li | <input type="checkbox"/> Pankreas | <input type="checkbox"/> Niere li | <input type="checkbox"/> Lymphknoten | <input type="checkbox"/> Retroperitoneum |
| <input type="checkbox"/> Speicheldrüse | <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> Nebenniere re | <input type="checkbox"/> Lunge transkutan | <input type="checkbox"/> Ovar re |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse | | <input type="checkbox"/> Nebenniere li | <input type="checkbox"/> Lunge transbronchial | <input type="checkbox"/> Ovar li |
| <input type="checkbox"/> Anderes | | | | |

Genaue Lokalisation:



Datum der Entnahme:

Stempel, Name, Unterschrift und Telefon
Einsenderin/Einsender

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											
Histiozyten/Makrophagen/ Mesothelzellen/mehrkern. Hist. Sternhimmelzellen/Schaumzellen						Ziliozytophthorie					
						Metaplasie					
						Nekrose					
Binde-/Fettgewebe						Maligne Zellen					
Anthrakose						Mitosen					
Hämosiderrophagen						Atypische Zellen					