

# Zytologie Allgemein

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

<b>Rechnung an:</b> <input type="checkbox"/> Versicherung <input type="checkbox"/> IV/SUVA <input type="checkbox"/> Auftraggeber (amb./stat. Pauschale) <input type="checkbox"/> Pat. ist Selbstzahler (zum Spitaltarif)	<b>Versicherungsdetails:</b> <input type="checkbox"/> Vorsorge <input type="checkbox"/> Schwangerschaft KK/Vers.: _____ 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:

<p><b>Klinische Angaben:</b></p> <hr/> <hr/>	<p><b>Bisherige Therapien:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Chemotherapie</li> <li><input type="checkbox"/> Strahlentherapie</li> <li><input type="checkbox"/> Andere:</li> </ul>
<p><b>Fragestellung:</b></p>	<p><b>Vorbefunde:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pathologie KSSG</li> <li><input type="checkbox"/> extern (Kopie beilegen)</li> </ul>

## **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"/> 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	
<b>Liquor cerebrospinalis</b>	<input type="checkbox"/> Lumbal <input type="checkbox"/> Ventrikel	<b>→ natterer Liquor muss innert 1 Stunde nach Entnahme bei uns eintreffen (nicht per Rohrpost senden)</b>		
<b>Anderes</b>	<input type="checkbox"/>			

Datum der Entnahme:

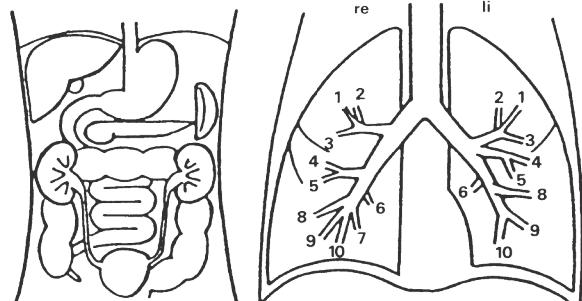
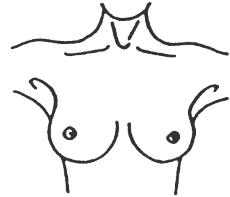
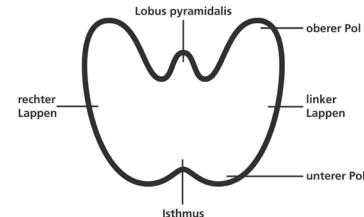
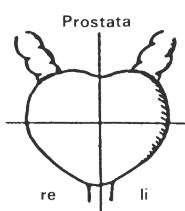
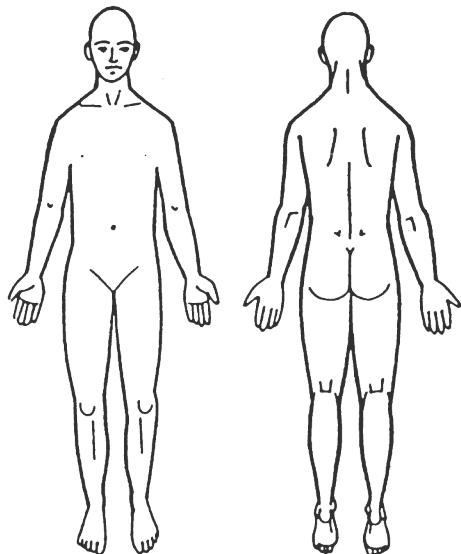
**Stempel, Name und Telefon-Nr.**

## 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/						Ziliozytophthorie					
Mesothelzellen/mehrkern. Hist.						Metaplasie					
Sternhimmelzellen/Schaumzellen						Nekrose					
Binde-/Fettgewebe						Maligne Zellen					
Anthrakose						Mitosen					
Hämosiderophagen						Atypische Zellen					