HOCH Health Ostschweiz

Kantonsspital St. Gallen, Institut für Pathologie
9007 St.Gallen, Tel. +41 71 494 30 70
zytopathologie@h-och.ch, www.h-och.ch/pathologie

Zytologie Allgemein

Name, Vorname, Ledigenname (Bitte Angaben **in Blockschrift** ausfüllen oder **besser Barcode** aufkleben)	Bitte freilassen
Geburtsdatum T T M M J J ☐☐☐☐☐☐ Geschlecht M W ☐☐	
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)	

Rechnung an:	**Versicherungsdetails:**	☐ Auftrag für **Schnellbefundung** Bitte vorgängig anmelden Telefon +41 71 494 21 24
☐ Versicherung ☐ IV/SUVA	☐ Vorsorge ☐ Schwangerschaft	Tel.: Kontakt:
☐ Auftraggeber (amb./stat. Pauschale)	KK/Vers.: _____	☐ Telefonische Befundmitteilung Tel.:
☐ Pat. ist Selbstzahler (zum Spitaltarif)	Police-Nr.: _____	

Kopie(n) an:

Klinische Angaben:	**Bisherige Therapien:**
_____	☐ Chemotherapie
_____	☐ Strahlentherapie
	☐ Andere:
Fragestellung:	**Vorbefunde:**
	☐ Pathologie KSSG
	☐ extern (Kopie beilegen)

Exfoliativ-Zytologie

(Feinnadelpunktion siehe Rückseite)

Bronchial	☐ Sputum I ☐ II ☐ III ☐ mehr pro Tag nur 1 Sputumprobe einsenden	
Intestinaltrakt	☐ Analabstrich ☐ mit HPV-Test ☐ Abstrich Lokalisation: _____ ☐ Spülung/Sekret Lokalisation: _____	
Körperhöhlenergüsse	(möglichst viel Material nativ einsenden, bis zu 1 Liter)	
	☐ Pleura re ☐ Perikard ☐ Hydrozele ☐ Aszites ☐ Douglas-Sekret	
	☐ Pleura li ☐ Gelenk ☐ Bauchhöhlenflüssigkeit ☐ Douglas-Lavage	
Harnwege	☐ Blasenspülung ☐ Illeum Ersatzblase ☐ Ureterspülung re ☐ Nierenbeckenspülung re	
	☐ Urin ☐ Urethra ☐ Ureterspülung li ☐ Nierenbeckenspülung li	
Liquor cerebrospinalis	☐ Lumbal ☐ Ventrikel	→ **nativer Liquor muss innert 1 Stunde nach Entnahme bei uns eintreffen (nicht per Rohrpost senden)**
Anderes	☐ _____ _____	

Datum der Entnahme:

Stempel, Name und Telefon-Nr.
Einsenderin/Einsender

Feinnadelpunktion

(Exfoliativ-Zytologie siehe Vorderseite)

☐ Mamma re ☐ Prostata ☐ Niere re ☐ Mediastinum ☐ Bauchhöhle

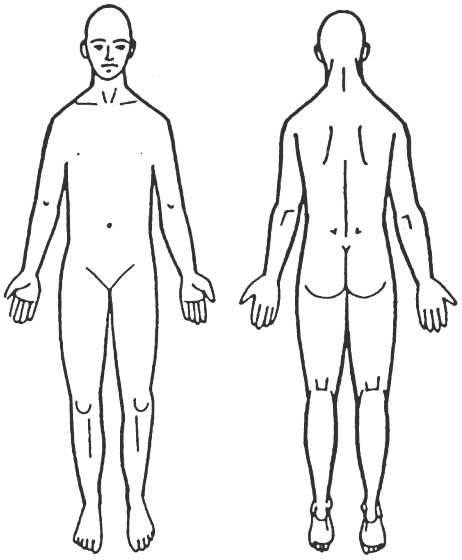
☐ Mamma li ☐ Pankreas ☐ Niere li ☐ Lymphknoten ☐ Retroperitoneum

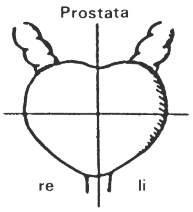
☐ Speicheldrüse ☐ Leber ☐ Nebenniere re ☐ Lunge transkutan ☐ Ovar re

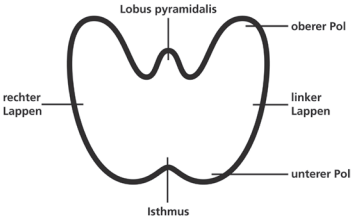
☐ Schilddrüse ☐ Nebenniere li ☐ Lunge transbronchial ☐ Ovar li

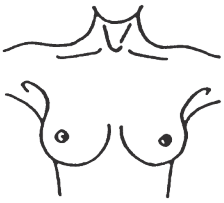
☐ Anderes

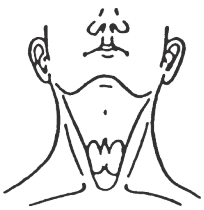
Genaue Lokalisation:

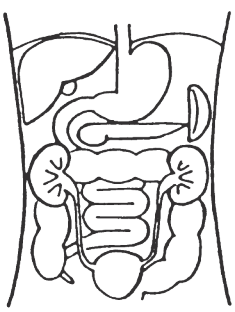


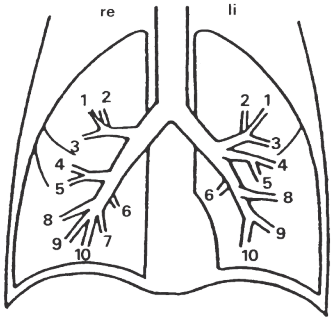












Datum der Entnahme:

Stempel, Name, Unterschrift und Telefon
Einsenderin/Einsender

Nicht ausfüllen!

	○	(+)	+	++	+++		○	(+)	+	++	+++
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					
Hämosiderrophagen						Atypische Zellen					