

Zytologie BAL (Bronchioloalveolare Lavage)

Name, Vorname, Ledigename (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: <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:

Bitte telefonische Anmeldung am Vortag 071 494 30 70

<p>Klinische Angaben:</p> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>Bisherige Therapien:</p> <p><input type="checkbox"/> Chemotherapie</p> <p><input type="checkbox"/> Strahlentherapie</p> <p><input type="checkbox"/> Andere:</p>
<p>Fragestellung:</p>	<p>Vorbefunde:</p> <p><input type="checkbox"/> Pathologie KSSG</p> <p><input type="checkbox"/> Extern (Kopie beilegen)</p>

Gesamzellzahl und Differentialzellbild **NICHT** gewünscht

Datum der Entnahme:

Stempel, Name und Telefon-Nr.
Einsenderin/Einsender

Zytomorphologischer Befund:

	o	(+)	+	++	+++		o	(+)	+	++	+++
Schleim						Plattenepithelien					
Pilze:						Schleimbildende Zylinderzellen					
Pneumocystis jirovecii						Flimmerepithelien					
Virusinklusionen						Ziliozytophthorie					
Erythrozyten						Plattenepithelmetaplasie					
Neutrophile Granulozyten											
Eosinophile Granulozyten											
Charcot-Leyden Kristalle						Maligne Zellen					
Lymphozyten						Nekrose					
Plasmazellen						Mitosen					
Histiozyten / Makrophagen											
Ferruginous bodies (Asbest / n. Asbest)						Varia					
Hämosiderin											
Kristalle, Metallstaub											