

## Zytologie Pneumologie

Name, Vorname, Ledigennamen (Bitte Angaben <b>in Blockschrift</b> ausfüllen oder <b>besser Barcode</b> 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)		

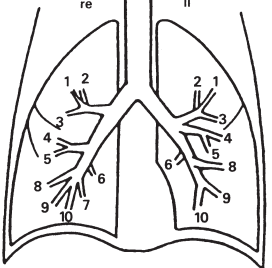
<b>Rechnung an:</b> <input type="checkbox"/> Versicherung <input type="checkbox"/> IV/SUVA <input type="checkbox"/> Auftraggeber (amb./stat. Pauschale) <input type="checkbox"/> Pat. ist Selbstzahler (zum Spitaltarif)	<b>Versicherungsdetails:</b> <input type="checkbox"/> Vorsorge <input type="checkbox"/>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

<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> Sputum I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> mehr <input type="checkbox"/> pro Tag nur 1 Sputumprobe einsenden Bronchialsekret/-Spülung <input type="checkbox"/> Lappen/Segment: _____ Bürstenabstrich <input type="checkbox"/> Lappen/Segment: _____ Bronchioloalveoläre Lavage <input type="checkbox"/> Lappen/Segment: _____	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

<b>Pleuraerguss</b> <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
------------------------------------------------------------------------------------

Datum der Entnahme:

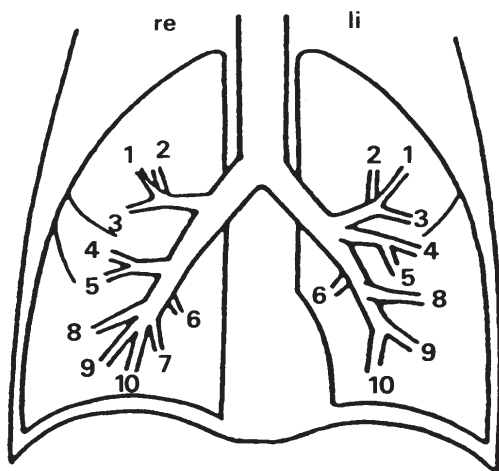
**Stempel, Name und Telefon-Nr.**  
Einsenderin/Einsender

## Feinnadelpunktion

(Exfoliativ-Zytologie siehe Vorderseite)

### Lunge:

- ☐ Lunge transkutan  
☐ Lunge transbronchial



### Transbronchiale / tracheale FNP mediastinaler LK:

	rechts	links
LK 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LK 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LK 7	<input type="checkbox"/>	
LK 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LK 11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum der Entnahme:

Stempel, Name und Telefon-Nr.  
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						Ziliozytophthorie					
Histiozyten/Makrophagen/ Mesothelzellen/mehrkern. Hist.											
Sternhimmelzellen/Schaumzellen											
Binde-/Fettgewebe						Maligne Zellen					
Anthrakose						Mitosen					
Hämosiderrophagen						Atypische Zellen					