

## Zytologie Pneumologie

Name, Vorname, Ledigenname (Bitte Angaben <b>in Blockschrift</b> ausfüllen oder <b>besser Barcode</b> aufkleben)										Bitte freilassen																
Geburtsdatum <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>										T	T	M	M	J	J							Geschlecht <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>M</td><td>W</td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>	M	W		
T	T	M	M	J	J																					
M	W																									
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)																										

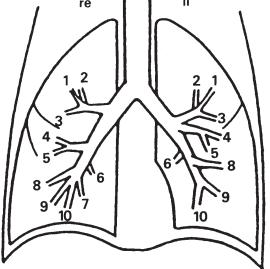
<b>Rechnung an:</b> <input type="checkbox"/> Versicherung <input type="checkbox"/> IV/SUVA <input type="checkbox"/> Auftraggeber (amb./stat. Pauschale) <input type="checkbox"/> Pat. ist Selbstzahler (zum Spitaltarif)	<b>Versicherungsdetails:</b> <input type="checkbox"/> Vorsorge <input type="checkbox"/> Schwangerschaft KK/Vers.: _____ Police-Nr.: _____	<input type="checkbox"/> Auftrag für <b>Schnellbefundung</b> <span style="float: right;">Bitte vorgängig anmelden Telefon +41 71 494 21 24</span> Tel.: _____ <span style="float: right;">Kontakt: _____</span> <input type="checkbox"/> Telefonische Befundmitteilung <span style="float: right;">Tel.: _____</span>
---	--	---

Kopie(n) an:

<b>Klinische Angaben:</b> <hr/> <hr/> <hr/>	<b>Bisherige Therapien:</b> <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Strahlentherapie <input type="checkbox"/> Andere: _____
<b>Fragestellung:</b> <hr/> <hr/> <hr/>	<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: _____
Bronchioloalveolare Lavage	<input type="checkbox"/> Lappen/Segment: _____
	

**Pleuraerguss**  rechts  links

**Datum der Entnahme:**

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

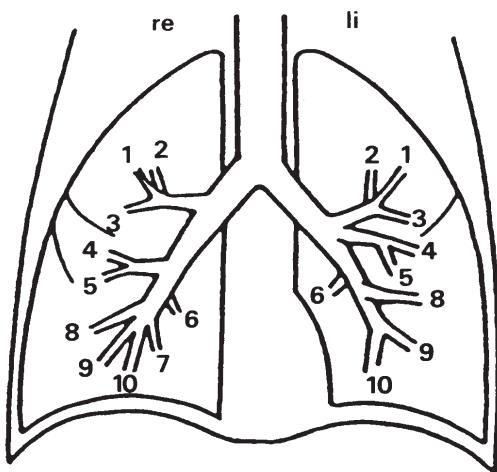
Einsenderin/Einsender

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