

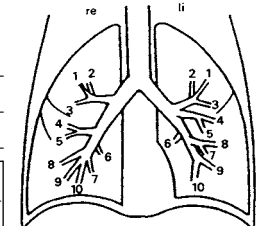
Name, Vorname, Ledigennamen (bitte in Blockschrift)	Bitte freilassen
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> Geburtsdatum T T M M J J <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </div> <div style="text-align: center;"> Geschlecht M W <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </div> </div>	
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)	

allg. Abt. <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> priv. Abt. <input type="checkbox"/> Kr. K. <input type="checkbox"/> amb. allg. <input type="checkbox"/> priv. Vers. <input type="checkbox"/>	Rechnung an: Arzt <input type="checkbox"/> EMV/SUVA <input type="checkbox"/>	Vers.-Adresse.: _____ Vers.-Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Bericht per Telefon Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Bericht per Fax Nr.: _____	Strahlen-Therapie ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Hormon-Therapie ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Zytostatika-Therapie ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Frühere Untersuchungen (Nr./Jahr) (histologisch und zytologisch) _____ _____
---	---	---	---

Klinische Angaben und Fragestellung

Exfoliativ-Zytologie

Feinnadelpunktion siehe Rückseite

Bronchial	(Röntgenbefund in Schema eintragen) 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: _____ Bronchiolo-alv. Lavage <input type="checkbox"/> Lappen/Segment: _____	
Intestinaltrakt	Bürstenabstrich <input type="checkbox"/> Lokalisation: _____ Spülung/Sekret <input type="checkbox"/> Lokalisation: _____	
Körperhöhlenergüsse	(möglichst viel Material nativ einsenden, bis zu 1 Liter) Pleura rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Perikard <input type="checkbox"/> Hydrozele <input type="checkbox"/> Gelenk <input type="checkbox"/> Aszites <input type="checkbox"/>	Douglas <input type="checkbox"/> Sekret <input type="checkbox"/> Lavage <input type="checkbox"/> Bauchhöhlenflüssigkeit <input type="checkbox"/> (laparoskopisch/intraoperativ)
Harnwege	Blasenspülung <input type="checkbox"/> Ileum Ersatzblase <input type="checkbox"/> Ureterspülung <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/>	Nierenbeckenspülung rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Urethra <input type="checkbox"/>
Liquor cerebrospinalis	(in Röhrchen mit Plastikdeckel einsenden) Lumbal <input type="checkbox"/> Ventrikel <input type="checkbox"/>	
Anderes	<input type="checkbox"/> _____ _____	

Kopie(n) an:

Stempel, Name und Unterschrift
 des einsendenden Arztes/Spitals

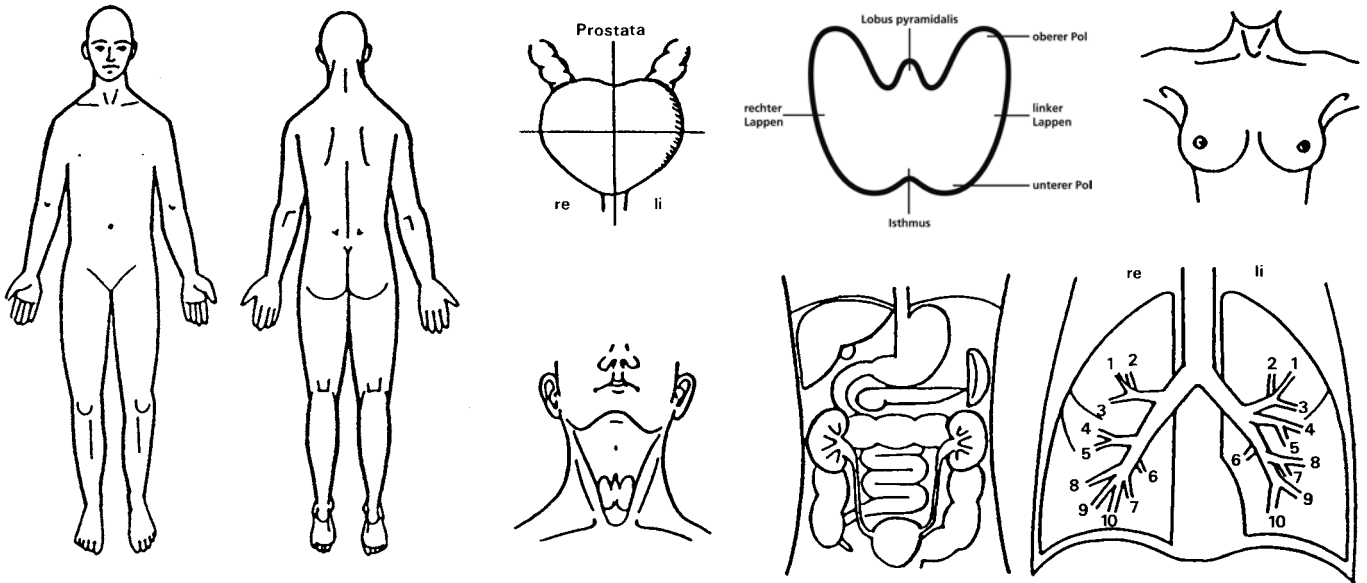
Datum der Entnahme:

Feinnadelpunktion

Exfoliativ-Zytologie siehe Vorderseite

- | | | | | |
|--|-----------------------------------|--------------------------------------|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mamma | <input type="checkbox"/> Prostata | <input type="checkbox"/> Mediastinum | <input type="checkbox"/> Lunge transkutan | <input type="checkbox"/> Ovar re |
| | <input type="checkbox"/> Pankreas | <input type="checkbox"/> Lymphknoten | <input type="checkbox"/> Lunge transbronchial | <input type="checkbox"/> Ovar li |
| <input type="checkbox"/> Speicheldrüse | <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> Niere | <input type="checkbox"/> Retroperitoneum | |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse | | <input type="checkbox"/> Nebenniere | <input type="checkbox"/> Bauchhöhle | <input type="checkbox"/> Anderes |

Ort des punktierten Tumors bitte genau angeben:



Kopie(n) an:

Stempel, Unterschrift und Telefon-Nr. des einsendenden Arztes/Spitals

Datum der Entnahme:

Nicht ausfüllen!

		0	(+)	+	++	+++			0	(+)	+	++	+++
A	Schleim						Plattenepithelien						
	Kolloid						Kernlose Plattenepithelien						
	Pilzfäden/Candida/Aspergillus						Kubische Zellen						
B	Bakterien						Zylinderzellen						
	Erythrozyten						Schleimbildende Zylinderzellen						
	Neutrophile Granulozyten						Flimmerepithelien						
C	Eosinophile Granulozyten						Basale Zylinderzellen						
	Charcot-Leyden Kristalle						Urothelzellen						
	Lymphozyten/-Entw.-Stufen						Oxyphile Zellen						
D	Plasmazellen												
	Histiozyten/Makrophagen/ Mesothelzellen/mehrkern. Hist.						Zilio						
	Sternhimmelzellen/Schaumzellen						Metaplasie						
E	Binde-/Fettgewebe						Nekrose						
	Anthrakose						Maligne Zellen						
	Hämosiderophagen						Mitosen						
							Atypische Zellen						