

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

**Klinische Angaben und Fragestellung**

---

---

---

---

---

---

---

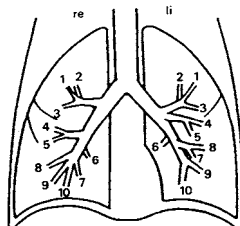
---

---

---

**Exfoliativ-Zytologie**

**Feinnadelpunktion siehe Rückseite**

<b>Bronchial</b>	(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 Bronchialesekret/-Spülung <input type="checkbox"/> Lappen/Segment: _____ Bürstenabstrich <input type="checkbox"/> Lappen/Segment: _____ Bronchiolo-alv. Lavage <input type="checkbox"/> Lappen/Segment: _____	
------------------	--	---

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

Kopie(n) an:

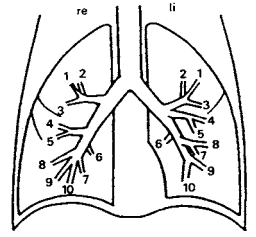
**Stempel, Name und Unterschrift**  
 des einsendenden Arztes/Spitals

Datum der Entnahme:

# Feinnadelpunktion

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"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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						Zylindereellen						
	Erythrozyten						Schleimbildende Zylindereellen						
	Neutrophile Granulozyten						Flimmerepithelien						
C	Eosinophile Granulozyten						Basale Zylindereellen						
	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						