

# Institut für Pathologie der Universität Graz

Vorstand: Prof. Dr. H. Denk

Auenbruggerplatz 25, A-8036 Graz, Telefon (0 31 6) 380-0

NICHT GYNÄKOL. ZYTOLOGIE

Zytol.-Prot.-Nr.:  
Eingegangen am:

Vom Einsender auszufüllen

|  |   |                                     |      |                    |  |      |        |  |                |                     |  |  |                |  |  |                    |                   |   |                                    |                                   |   |                                 |                                 |                          |
|--|---|-------------------------------------|------|--------------------|--|------|--------|--|----------------|---------------------|--|--|----------------|--|--|--------------------|-------------------|---|------------------------------------|-----------------------------------|---|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td><b>FAMILIENNAME IN BLOCKSCHRIFT</b></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%; text-align: center;">Jahr (vierstellig)</td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%; text-align: center;">Monat</td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%; text-align: center;">Tag</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">m<br/>w</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/><br/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><b>VORNAME</b></td> <td colspan="3" style="text-align: center;"><b>Geburtsdaten</b></td> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>Geschl.</b></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td><b>MÄDCHENNAME</b></td> </tr> <tr> <td>Ausgeübter Beruf:</td> </tr> </table> |   | <b>FAMILIENNAME IN BLOCKSCHRIFT</b> |      | Jahr (vierstellig) | Monat  | Tag  | m<br>w | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <b>VORNAME</b> | <b>Geburtsdaten</b> |  |  | <b>Geschl.</b> |  |  | <b>MÄDCHENNAME</b> | Ausgeübter Beruf: | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>stationär <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ambulant <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Geb. Klasse<br/>Allgemein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sonder <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Krankenkasse:<br/>Mitglieds-Nr.:</td> </tr> <tr> <td>I-Zahl:<br/>Aufnahmezahl:</td> </tr> </table> | stationär <input type="checkbox"/> | ambulant <input type="checkbox"/> | Geb. Klasse<br>Allgemein <input type="checkbox"/> | Sonder <input type="checkbox"/> | Krankenkasse:<br>Mitglieds-Nr.: | I-Zahl:<br>Aufnahmezahl: |
|  |   |                                     |      |                    |  |      |        |  |                |                     |  |  |                |  |  |                    |                   |   |                                    |                                   |   |                                 |                                 |                          |
| <b>FAMILIENNAME IN BLOCKSCHRIFT</b>  |   |                                     |      |                    |  |      |        |  |                |                     |  |  |                |  |  |                    |                   |   |                                    |                                   |   |                                 |                                 |                          |
|  | Jahr (vierstellig)  | Monat                               | Tag  | m<br>w             | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |      |        |  |                |                     |  |  |                |  |  |                    |                   |   |                                    |                                   |   |                                 |                                 |                          |
| <b>VORNAME</b>   | <b>Geburtsdaten</b>   |                                     |      | <b>Geschl.</b>     |  |      |        |  |                |                     |  |  |                |  |  |                    |                   |   |                                    |                                   |   |                                 |                                 |                          |
|  |   |                                     |      |                    |  |      |        |  |                |                     |  |  |                |  |  |                    |                   |   |                                    |                                   |   |                                 |                                 |                          |
| <b>MÄDCHENNAME</b>   |   |                                     |      |                    |  |      |        |  |                |                     |  |  |                |  |  |                    |                   |   |                                    |                                   |   |                                 |                                 |                          |
| Ausgeübter Beruf:  |   |                                     |      |                    |  |      |        |  |                |                     |  |  |                |  |  |                    |                   |   |                                    |                                   |   |                                 |                                 |                          |
| stationär <input type="checkbox"/>   |   |                                     |      |                    |  |      |        |  |                |                     |  |  |                |  |  |                    |                   |   |                                    |                                   |   |                                 |                                 |                          |
| ambulant <input type="checkbox"/>  |   |                                     |      |                    |  |      |        |  |                |                     |  |  |                |  |  |                    |                   |   |                                    |                                   |   |                                 |                                 |                          |
| Geb. Klasse<br>Allgemein <input type="checkbox"/>  |   |                                     |      |                    |  |      |        |  |                |                     |  |  |                |  |  |                    |                   |   |                                    |                                   |   |                                 |                                 |                          |
| Sonder <input type="checkbox"/>  |   |                                     |      |                    |  |      |        |  |                |                     |  |  |                |  |  |                    |                   |   |                                    |                                   |   |                                 |                                 |                          |
| Krankenkasse:<br>Mitglieds-Nr.:  |   |                                     |      |                    |  |      |        |  |                |                     |  |  |                |  |  |                    |                   |   |                                    |                                   |   |                                 |                                 |                          |
| I-Zahl:<br>Aufnahmezahl:   |   |                                     |      |                    |  |      |        |  |                |                     |  |  |                |  |  |                    |                   |   |                                    |                                   |   |                                 |                                 |                          |
| LOKALISATION (Organ): .....<br>ART DES UNTERSUCHUNGSMATERIALS: .....<br><input type="checkbox"/> gezielte Entnahme <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> ungezielte Entnahme</span><br><input type="checkbox"/> Röntgen<br><input type="checkbox"/> Echo<br><input type="checkbox"/> CT<br><input type="checkbox"/> .....<br><input type="checkbox"/> ungefärbtes Material <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> unfixiert</span><br><input type="checkbox"/> fixiert<br><input type="checkbox"/> natives Material (Harn nativ etc.)<br>Zeitpunkt der Abnahme: .....<br><input type="checkbox"/> gefärbtes Material  | <b>LETZTER BEFUND</b><br><table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; text-align: center;">Pr.-Nr.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; text-align: center;">Jahr</td> <td style="border: 1px solid black; width: 35%; text-align: center;">Pr.-Nr.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; text-align: center;">Jahr</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ZYTO</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">HISTO</td> </tr> </table> durchgeführte THERAPIE<br><input type="checkbox"/> Strahlentherapie<br><input type="checkbox"/> zytostatische Therapie<br><input type="checkbox"/> sonstige: | Pr.-Nr.                             | Jahr | Pr.-Nr.            | Jahr   | ZYTO |        | HISTO  |                |                     |  |  |                |  |  |                    |                   |   |                                    |                                   |   |                                 |                                 |                          |
| Pr.-Nr.  | Jahr  | Pr.-Nr.                             | Jahr |                    |  |      |        |  |                |                     |  |  |                |  |  |                    |                   |   |                                    |                                   |   |                                 |                                 |                          |
| ZYTO   |   | HISTO                               |      |                    |  |      |        |  |                |                     |  |  |                |  |  |                    |                   |   |                                    |                                   |   |                                 |                                 |                          |
| KLINISCHE DIAGNOSE / wichtige Daten  | Datum <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 80px; height: 20px;"></span> Tel. <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 80px; height: 20px;"></span><br><br>Einsender:<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Name / Stempel des zuständigen Arztes   |                                     |      |                    |  |      |        |  |                |                     |  |  |                |  |  |                    |                   |   |                                    |                                   |   |                                 |                                 |                          |

**ZYTOLOGISCHER BEFUNDBERICHT:**

**QUALITÄT DES UNTERSUCHUNGSMATERIALS:**

- gut
- ausreichend
- nicht repräsentativ / nicht verwertbar