

Untersuchungsanforderung extragynäkologische Zytologie

Patientendaten

Familienname:
 Vorname: m/w:
 Geburtsdatum: SV-Nr.: Vers.:
 AZ/Fallzahl:

Einsenderangaben/Stempel

Arzt/Ärztin:
 Klinik/Abteilung:
 Tel.Nr.:
 Unterschrift:

Gebührenklasse: Allgemein Sonderklasse

Behandlung: stationär ambulant

Thorax – Zytologie *siehe separate Untersuchungsanforderung*

Datum **Zeit** der Entnahme

Pathologie

Eingangsdatum/-zeit

Organ siehe unten

Art/Lokalisation des Untersuchungsmaterials:

Sekret Ausstrich *(luftgetrocknet und fixiert mittels Spray)* :

Mamille R L Sonstiges

Körperflüssigkeit *(nativ)* :

Douglas Harn spontan/ nativ
 Aszites Liquor Sonstiges:
 Perikard Augenkammer R L

Lavage (LBC oder Ethanol) :

Harnblase
 Nierenbecken R L
 Harnleiter R L

Bürstenzytologie *(luftgetrocknet und fixiert mittels Spray)* :

Ösophagus D. pancreaticus Auge R L
 Dickdarm, Rektum D. choledochus
 Magen Papilla Vateri Sonstiges:

Feinnadelpunktion *(luftgetrocknet und fixiert mittels Spray)* :

Schilddrüse * R L Pankreas
 Speicheldrüse R L Mamma R L
 Lymphknoten Niere R L Sonstiges:

**Makroskopie
der Flüssigkeit:**

ml:

Farbe:

Opazität:

klar
 trüb

Konsistenz:

dünnflüssig
 zäh

Koagel:

Ja
 Nein

**Anzahl
der Objektträger:**

Klinische Diagnosen/Fragestellungen:

*** Zusatzangaben für Schilddrüse:**

Szintigraphie:

Sonographie:

Rasches Wachstum ja nein

Zyste: einfache Zyste, komplexe Zyste,
 Zyste > 3 cm, wiederkehrende Zyste

Thyreostatikatherapie seit:



Der Patient / die Patientin wurde darüber informiert, dass der Befund an den Einsender bzw. die einsendende Abteilung retourniert wird und erklärt sich damit einverstanden