

Zytologie Gastroenterologie

Name, Vorname, Ledigensname (Bitte Angaben in Blockschrift ausfüllen oder besser Barcode aufkleben)		Bitte freilassen
Geburtsdatum T T M M J J <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>		
Geschlecht M W <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>		
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)		

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

Kopie(n) an:

Klinische Angaben: _____ _____	Bisherige Therapien: <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Strahlentherapie <input type="checkbox"/> Andere: _____
Fragestellung: _____	Vorbefunde: <input type="checkbox"/> Pathologie KSSG <input type="checkbox"/> extern (Kopie beilegen)

Feinnadelpunktion perkutan

(Exfoliativzytologie und Schemata siehe Rückseite)

<input type="checkbox"/> Bauchhöhle / mesenterial <input type="checkbox"/> Retroperitoneum <input type="checkbox"/> Kleines Becken	} <input type="checkbox"/> Lymphknoten <input type="checkbox"/> Tumormasse
<input type="checkbox"/> Pankreas <input type="checkbox"/> Kopf <input type="checkbox"/> Corpus <input type="checkbox"/> Schwanz <input type="checkbox"/> eher peripankreatisch <input type="checkbox"/> Leber <input type="checkbox"/> Niere links <input type="checkbox"/> Niere rechts <input type="checkbox"/> Nebenniere links <input type="checkbox"/> Nebenniere rechts <input type="checkbox"/> anderes	

→ Pankreaszystenpunktate müssen freitags bis spätestens 17:00 Uhr bei uns eintreffen

Feinnadelpunktion transluminal

<input type="checkbox"/> Endoskopie-gezielte FNP <input type="checkbox"/> EUS-gezielte FNP <input type="checkbox"/> anderes	Ausgangsorgan: _____ Stichkanal: trans- _____ Zielorgan /-region: _____
---	---

Datum der Entnahme:

Stempel, Name und Telefon-Nr.
Einsenderin/Einsender

Exfoliativ-Zytologie

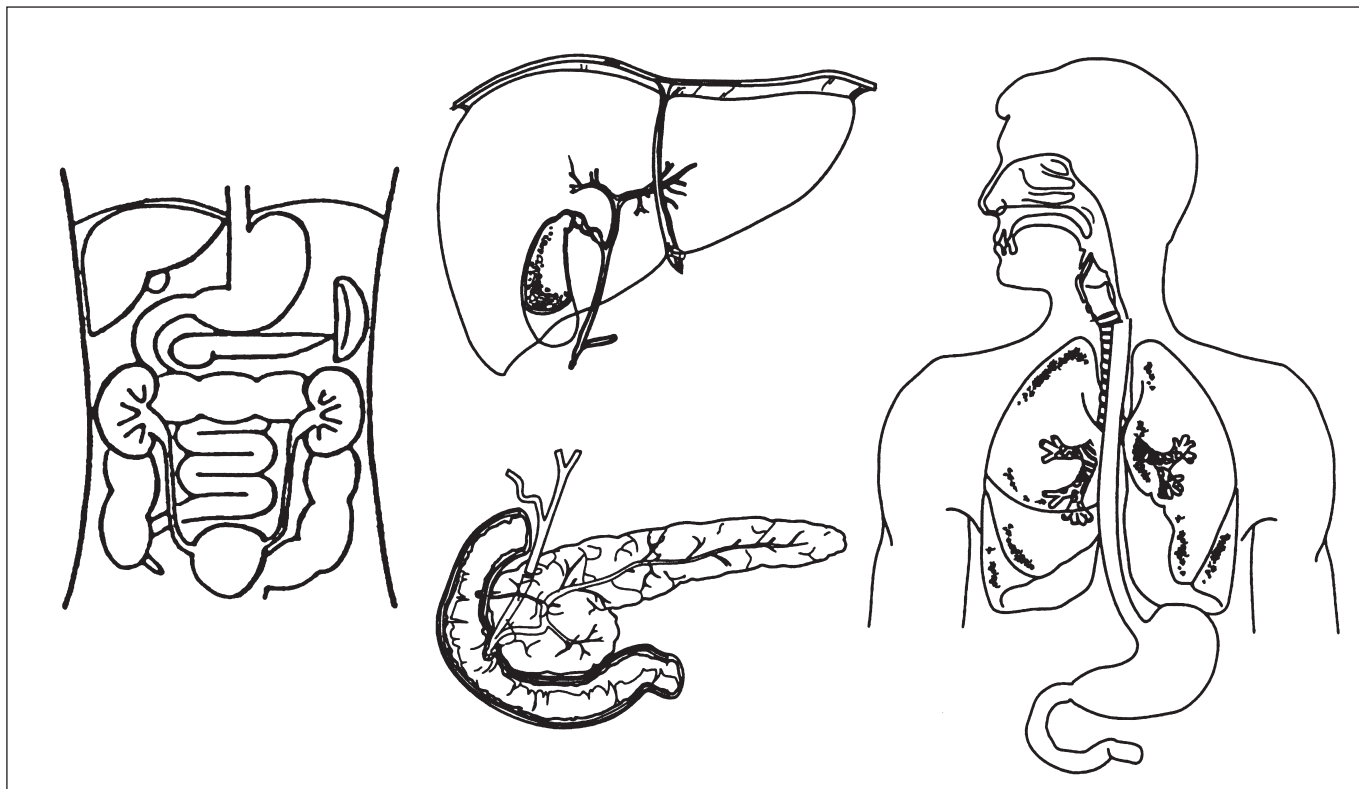
(Feinnadelpunktion siehe Vorderseite)

Entnahmetechnik:

- ☐ endoskopisch ☐ Bürstenabstrich
☐ ERCP ☐ Spontansekret
☐ PTC ☐ Spülung

Topographie:

- ☐ Oesophagus ☐ Magen
☐ Duodenum ☐ Pankreasgang
☐ D. choledochus ☐ Gallengang
☐ Dickdarm



Nicht ausfüllen!

	0	(+)	+	++	+++		0	(+)	+	++	+++
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/ Mesothelzellen/mehrkern. Hist. Sternhimmelzellen/Schaumzellen						Metaplasie					
Binde-/Fettgewebe						Nekrose					
						Maligne Zellen					
						Mitosen					