

## Antrag auf zytopathologische Begutachtung

**Patientendaten (Patientenaufkleber)**

\_\_\_\_\_

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

Adresse

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

**Station:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Auftraggeber/Paxisstempel

Ambulant:  (Bitte Überweisung beifügen!)    Stationär:     Wahlleistung:  (Bitte Adresse angeben!)

Elektronische Anforderung

**Klinische Diagnose und Fragestellung:**

Vorausgegangene zytologische Untersuchung    Präp.-Nr.: .....

Vorausgegangene histologische Untersuchung    Präp.-Nr.: .....

Institut:

**Therapie:**     Zytostatika     Bestrahlung     Hormone     Thyreostatica

**Material:**

**Exfoliativ:**

- Pericarderguss
- Pleuraerguss
- Ascites
- Liquor
- Gelenkerguss
- Sputum
- Bronchialsekret
- Mammasekret
- Urin
- Blasenspülflüssigkeit

**Punktat**

- Lymphknoten
- Tonsille
- Halszyste
- Schilddrüse
- Speicheldrüse
- Mamma
- Lunge perthorakal
- Lunge transbronchial
- Mediastinum
- Pleuraraum
- Leber
- Pankreas
- Milz
- Magen
- Dünndarm
- Dickdarm
- Abdomen
- Niere
- Ovar

- Prostata
- Retroperitoneum
- Knochen
- Weichteile

**Abstrich:**

- Bronchus
- Mundhöhle
- Oesophagus
- Magen

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name (**Druckbuchstaben**)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift