

## 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.: .....

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
- Weichteile

#### Abstrich:

- Bronchus
- Mundhöhle
- Oesophagus
- Magen

Art.-Nr.: 4005500

Datum

Name (**Druckbuchstaben**)

Unterschrift