

Begutachtungsauftrag für Zytopathologie

Name d. Patientin/Patienten	Vorname
Geburtsname	Geburtsdatum
Name d. Versicherten	Vorname
Straße	
PLZ/Wohnort	
Versicherten-Nr.	
Institutionskennzeichen der Krankenkasse	
Privat versichert bei	<input type="checkbox"/>
RVO-Versicherung	<input type="checkbox"/>
Ersatzkasse	<input type="checkbox"/>
	männlich <input type="checkbox"/>
	weiblich <input type="checkbox"/>
	ambulant <input type="checkbox"/>
	stationär <input type="checkbox"/>

Eing.-Nr.	Eing.-Datum
19310 Histologie <input type="checkbox"/>	19321 ER/PR. <input type="checkbox"/>
19310 Zytologie sonstige <input type="checkbox"/>	19322 Her-2-neu <input type="checkbox"/>
19311 Zervixzytologie <input type="checkbox"/>	19330 DNA-ICM an Zytologie <input type="checkbox"/>
19312 Zytochemie, Zusatzfärbung, Polarisation <input type="checkbox"/>	Telefon mit Dr. <input type="checkbox"/>
19312 x 2, 19310 AgNOR-Analyse <input type="checkbox"/>	19310, 19312, 19330, DNA-ICM nach Zellvereinzulung <input type="checkbox"/>
19320 Immunzytochemie <input type="checkbox"/>	Flüssigkeitsbasierte Zytologie <input type="checkbox"/>
	11320 FISH Sonden: <input type="checkbox"/>
Ak.: _____	
(Bitte beide Blätter stempeln!)	
Stempel und Unterschrift d. einsendenden Ärztin/Arztes	
Ort	Datum
Station	Telefon

Versandmaterial gewünscht, welches: _____

(nur vom Labor auszufüllen)

A. Allgemeine Zytologie

Untersuchungsmaterial (z.B. Ascites, Schilddrüsenpunktat, Sputum, Urin) _____

Punktionsweg bei Punktaten (z.B. transbronchial, transgastral, etc.) _____

Art der Fixation (Bitte keine Formalin-Fixation verwenden)

Native Flüssigkeit ☐
Material in 50%igem Alkohol ☐

Ausstriche Luft-getrocknet ☐
Ausstriche Alkohol/Spray-fixiert ☐

B. Gynäkologische Zytologie

Letzte Periode _____ Typ _____

Gravidität mens. _____

Post partum seit _____

Menopause seit _____

Pessar _____

Entnahmeort: _____

Portio ☐ Zervix ☐ seitl. Vaginalwand ☐

Anamnese/Befund _____

Klinische Diagnose/Fragestellung _____

Bisherige Therapie (z.B. Zytostatika, Bestrahlung, Hormone, Operationen, sonstiges) _____

Bitte freilassen für Befundung!