

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"/>

Eing.-Nr.	Eing.-Datum
19310 Histologie	<input type="checkbox"/>
19310 Zytopathologie sonstige	<input type="checkbox"/>
19311 Zervixzytopathologie	<input type="checkbox"/>
19312 Zytochemie, Zusatzfärbung, Polarisation	<input type="checkbox"/>
19312 x 2, 19310 AgNOR-Analyse	<input type="checkbox"/>
19320 Immunzytochemie	<input type="checkbox"/>
19321 ER/PR.	
19322 Her-2-neu	
19330 DNA-ICM an Zytopathologie	
19310, 19312, 19330, DNA-ICM nach Zellvereinzelung	
Flüssigkeitsbasierte Zytopathologie	
11320 FISH Sonden:	
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 Zytopathologie

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 Zytopathologie

Letzte Periode _____ Typ _____

Gravidität mens. _____

Post partum seit _____

Menopause seit _____

Pessar _____

Entnahmest:

Portio

Zervix

seitl. Vaginalwand

Anamnese/Befund _____

Bitte freilassen für Befundung!

Klinische Diagnose/Fragestellung _____

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