



## 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	19321 ER/PR.
19310 Zytologie sonstige	19322 Her-2-neu
19311 Zervixzytologie	19330 DNA-ICM an Zytologie
19312 Zytochemie, Zusatzfärbung, Polarisation	Telefon mit Dr.
19312 x 2, 19310 AgNOR-Analyse	19310, 19312, 19330, DNA-ICM nach Zellvereinzulung
19320 Immunzytochemie	Flüssigkeitsbasierte Zytologie
	11320 FISH Sonden:
Ak.: _____	
<b>(Bitte beide Blätter stempeln!)</b>	
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!

