

Bei ambulanter Behandlung
Überweisungsschein erforderlich

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"/>	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/>
RVO-Versicherung <input type="checkbox"/>	
Ersatzkasse <input type="checkbox"/>	

Eing.-Nr.	Eing.-Datum
<input type="checkbox"/> Histologie	<input type="checkbox"/> ER/PR.
<input type="checkbox"/> Zytologie sonstige	<input type="checkbox"/> Her-2-neu
<input type="checkbox"/> Zervixzytologie	<input type="checkbox"/> DNA-ICM an Zytologie
<input type="checkbox"/> Urinzytologie	<input type="checkbox"/> Telefon mit Dr.
<input type="checkbox"/> Zytochemie, Zusatzfärbung, Polarisation	<input type="checkbox"/> DNA-ICM nach Zellvereinzelnung
<input type="checkbox"/> AgNOR-Analyse	<input type="checkbox"/> Flüssigkeitsbasierte Zytologie
<input type="checkbox"/> Immunzytochemie	<input type="checkbox"/> 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 Zytologie

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

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

Art der Fixation (Bitte keine Formalin-Fixation verwenden)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Native Flüssigkeit | <input type="checkbox"/> Ausstriche Luft-getrocknet |
| <input type="checkbox"/> Material in 50%igem Alkohol | <input type="checkbox"/> Ausstriche Alkohol/Spray-fixiert |

B. Gynäkologische Zytologie

Letzte Periode _____ Typ _____

Gravidität mens. _____

Post partum seit _____

Menopause seit _____

Pessar _____

Entnahmeort:

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Portio | <input type="checkbox"/> Zervix | <input type="checkbox"/> seitl. Vaginalwand |
|---------------------------------|---------------------------------|---|

Anamnese/Befund _____

Klinische Diagnose/Fragestellung _____

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

Bitte freilassen für Befundung!

1044-001

