Universitätsspital Basel

Augenklinik

Ophthalmopathologie Formular

Universitätsspital Basel
Ophthalmopathologie, Schönbeinstrasse 40, CH-4031 Basel
Telefon +41 61 265 86 43, Fax +41 61 265 31 94
Leiter: Prof. Dr. med. P. Meyer

Name, Vorname, Ledigenname		Genaues Geb.-Datum T T M M J J	Geschlecht M ☐ W ☐
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)			
☐ stationär	☐ ambulant	Pat.-ID:	Fall-Nr.: .....
☐ 3. Kl ☐ 2. Kl ☐ 1. Kl	☐ privat	☐ Selbstz. ☐ SUVA ☐ EMV ☐ IV Kr.K-Name:	Kr.K-Nr.: .....
Datum der Entnahme:		**Stempel, Unterschrift, Tel-Nr. und Fax des einsendenden Arztes/Spital →**	
Frühere Untersuchungen (Nr. oder Jahr):			
Kopie(n) an:			

☐ Eilige Untersuchung/Schnellschnitt (Tel. Rückruf am selben Tag): Telefon Nr. .....

Klinische Diagnose/Bemerkungen/Fragestellung (bei Studien auch Bezeichnung der Studien)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Histologie

Art des Materials:	☐ Biopsie ☐ intaoperativer Schnellschnitt	☐ Ektomie/Enukleation ☐ Eilige Untersuchung (innerhalb 24h)	Bulbus ☐ o.d. ☐ o.s.
Gefäss	Organ/Topographie		Bitte freilassen
1)			
2)			
3)			
4)			

Zytologie

Art des Materials:	Organ/Topographie/Gewünschte Untersuchung		Bitte freilassen
☐ Bürstenbiopsie	☐ Bindehaut ☐ Erregernachweis ☐ Dysplasie/Tumor	☐ Hornhaut ☐ Herpes 1+2 ☐ Variz./Zoster ☐ Akanthamöben ☐ Pilze	Sonstiges: ..... Andere: .....
☐ Feinnadelpunktat	Lokalisation:	Sonstiges:	
☐ Intraokulare Flüssigkeit	☐ Glaskörper (Vitrektomiematerial)	☐ Vorder-kammer	Sonstiges: .....