

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, Ledigennamen | | Genaueres Geb.-Datum TT MM JJ □ □ □ □ □ □ | | | Geschlecht M W □ □ | | | | |
| Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort) | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> stationär | | <input type="checkbox"/> ambulant | | Pat.-ID: | | Fall-Nr.: | | | |
| <input type="checkbox"/> 3. Kl <input type="checkbox"/> 2. Kl <input type="checkbox"/> 1. Kl | | <input type="checkbox"/> privat | | <input type="checkbox"/> Selbstz. <input type="checkbox"/> SUVA <input type="checkbox"/> EMV <input type="checkbox"/> IV | | 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: | <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> intaoperativer Schnellschnitt | <input type="checkbox"/> Ektomie/Enukleation <input type="checkbox"/> Eilige Untersuchung (innerhalb 24h) | Bulbus <input type="checkbox"/> o.d. <input type="checkbox"/> o.s. |
| Gefäss | Organ / Topographie | | Bitte freilassen |
| 1) | | | |
| 2) | | | |
| 3) | | | |
| 4) | | | |

Zytologie

| | | |
|---|--|---|
| Art des Materials: | Organ / Topographie / Gewünschte Untersuchung | Bitte freilassen |
| <input type="checkbox"/> Bürstenbiopsie | <input type="checkbox"/> Bindehaut <input type="checkbox"/> Hornhaut <input type="checkbox"/> Erregernachweis <input type="checkbox"/> Herpes 1+2 Sonstiges: <input type="checkbox"/> Dysplasie/Tumor <input type="checkbox"/> Variz./Zoster Andere: <input type="checkbox"/> Vorderkammer <input type="checkbox"/> Pilze | |
| <input type="checkbox"/> Feinnadelpunktat | Lokalisation: | Sonstiges: |
| <input type="checkbox"/> Intraokulare Flüssigkeit | <input type="checkbox"/> Glaskörper (Vitrektomiematerial) | <input type="checkbox"/> Vorderkammer Sonstiges: |