

Pathologie

Zytologie Formular

Universitätsspital Basel
Pathologie, Schönbeinstrasse 40, CH-4031 Basel
Telefon +41 61 265 27 57, Fax +41 61 265 20 28



Zytologie: Telefon +41 61 265 28 53 / 28 55, E-Mail zytolab@usb.ch

Name, Vorname, Ledigengname		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:								


- Schnelluntersuchung (nach Tel. Vereinbarung)** Tel.
- Eilige Untersuchung (am selben Tag)** Tel.

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

.....

.....

.....

Gynäkologie:	letzte Periode	Hormontherapie.....
	Strahlentherapie	Chemotherapie/Op Befund
	<input type="checkbox"/> Portio <input type="checkbox"/> Vagina	<input type="checkbox"/> Vulva
	<input type="checkbox"/> Zervikalkanal <input type="checkbox"/> Endometrium	<input type="checkbox"/> HPV-PCR <input type="checkbox"/> CINtec® PLUS (p16/Ki-67)
Sekret:	<input type="checkbox"/> Bronchien <input type="checkbox"/> Sputum	<input type="checkbox"/> Mamille re li <input type="checkbox"/> Sonstiges
Körperflüssigkeit:	<input type="checkbox"/> Aszites <input type="checkbox"/> Pleura	<input type="checkbox"/> Abdominal <input type="checkbox"/> Nierenbecken <input type="checkbox"/> Sonstiges
Bürstenzytologie:	<input type="checkbox"/> Magen <input type="checkbox"/> Oesophagus	<input type="checkbox"/> Dickdarm, Rektum <input type="checkbox"/> Papilla Vateri <input type="checkbox"/> Sonstiges
Feinnadelpunktion:	<input type="checkbox"/> Pankreas <input type="checkbox"/> Mediastinum	<input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> Lymphknoten <input type="checkbox"/> Sonstiges
Bronchoalveoläre Lavage	<input type="checkbox"/> Instillierte Flüssigkeit ml <input type="checkbox"/> Flüssigkeitsrückgewinn ml <input type="checkbox"/> Raucher pack/years <input type="checkbox"/> Immunsuppression/wegen	<input type="checkbox"/> Technisch einwandfrei <input type="checkbox"/> Nichtraucher <input type="checkbox"/> HIV positiv <input type="checkbox"/> Sonstiges
	<input type="checkbox"/> Erreger: <input type="checkbox"/> PCP <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> H/S-Quotient	<input type="checkbox"/> RSV <input type="checkbox"/> Legionella <input type="checkbox"/> Pilze