

PATIENT /Etikette /Ausfüllen:

Name: _____
Ledigname: _____
Vorname: _____
Strasse, Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____
Geburtsdatum: _____ Ihre Pat-ID: _____
☐ Weiblich ☐ Männlich ☐ Divers: _____
Krankenkasse: _____
Vers-Nr.: _____
Rechnung an: ☐ Patient ☐ Krankenkasse ☐ Einsender

EINSENDER / Stempel / Etikette / Ausfüllen:

Name: _____
Vorname: _____
Strasse, Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____
HIN Adresse: _____
Berichtskopie an: _____
Entnahmedatum: _____
EILT: ☐

Probentyp

Probematerial

☐ Flüssigkeiten ☐ ThinPrep® / CytoLyt Gefäss® Anzahl der eingereichten Gefässe: _____
☐ Sekret / Abschaben ☐ Konventioneller Ausstrich (Spray fixiert) Anzahl der eingereichten Abstriche: _____
☐ Feinnadelpunktion ☐ Andere: _____

Untersuchungsmaterial

Analabstrich ☐ ☐ HPV-Typisierung (HR + LR)
Urin ☐ Spontan ☐ Katheterisiert
Mamma ☐ Links ☐ Sekret ☐ Zyste ☐ Knoten
☐ Rechts ☐ Sekret ☐ Zyste ☐ Knoten
Sputum ☐
Präzise Lokalisierung: _____

Therapie: ☐ Chemo- / Radiotherapie ☐ Hormones ☐ Sonstiges: _____
Fragestellung: ☐ Verdächtig ☐ Malignität ☐ Sonstiges: _____

Andere Klinische Angaben / Bemerkungen:

Nur für den Gebrauch im Labor

☐ Dickes ☐ Wässerig
☐ Spärlich ☐ Klar
☐ Blutig ☐ Trüb
Farbe: _____
Volume (ml): _____

Andere Bemerkungen:

Visum und Datum: _____