

<p>Begleitschein für Material zur zytologische Begutachtung</p> <p>Bitte vollständig und in Druckbuchstaben ausfüllen. Bei ambulanter Behandlung und bei stationärer Behandlung von Belegärzten Überweisungsschein erforderlich.</p>	<p>Univ.-Prof. Dr. med. Danny Jonigk Institut für Pathologie Uniklinik RWTH Aachen 52074 Aachen Tel.: 0241 80-89708</p>	<p>Medizinisches Versorgungszentrum am Universitätsklinikum Aachen Institut für Pathologie Univ.-Prof. Dr. med. Danny Jonigk MVZ am Universitätsklinikum Aachen GmbH · D-52074 Aachen</p>
---	--	--

Name des Patienten	Vorname	männlich <input type="checkbox"/>		weiblich <input type="checkbox"/>
Geburtsname	Geburtsdatum	selbst. Arzt <input type="checkbox"/>		
Name des Versicherten	Vorname			
PLZ	Wohnort	Straße		

Bitte nicht ausfüllen!

(Bitte beide Blätter stempeln)

Stempel und Unterschrift des einsendenden Arztes

Ort Datum

telefonisch erreichbar unter

Station

Privat versichert bei:	Wahlleistung priv. allg. Pflegekasse <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/>
RVO-Versicherung	Mitglied <input type="checkbox"/>
Ersatzkasse:	Familie <input type="checkbox"/>
	Rentner <input type="checkbox"/>

<p>Untersuchungsmaterial</p> <p>Ascites <input type="checkbox"/></p> <p>Pleura <input type="checkbox"/></p> <p>Bronchialsekret <input type="checkbox"/></p> <p>TBNA/EBUS (Organ: _____) <input type="checkbox"/></p> <p>FNP (Organ: _____) <input type="checkbox"/></p> <p>Urin <input type="checkbox"/></p> <p>Spülflüssigkeit Blase <input type="checkbox"/></p> <p>Spülflüssigkeit Neoblase <input type="checkbox"/></p> <p>Spülflüssigkeit Nierenbe <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li</p> <p>Spülflüssigkeit Ureter <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li</p> <p>Anderes _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Abstriche von:</p> <p>Vulva <input type="checkbox"/> Cavum <input type="checkbox"/></p> <p>Portio+CK <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/></p>	<p>Art der Fixation</p> <p>Natives Material <input type="checkbox"/></p> <p>_____%iger Alkohol <input type="checkbox"/></p> <p>Lufttrocknung der Ausstriche <input type="checkbox"/></p> <p>Fixation _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Anzahl der Proben:</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">Probe</th> <th style="width:85%;">Lokalisation</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">A</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">C</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Probe	Lokalisation	A		B		C		D	
Probe	Lokalisation										
A											
B											
C											
D											

Bitte nicht ausfüllen!

Probeneingangsprüfung:

Nr.-Vergabe:

Schnittausgabe an:

Beschreibung des Materials:

Menge in ml:

Fixierung:

Anzahl Ausstriche:

Sonstiges:

<p>Anamnese/Befunde/Medikamente, weitere klin. Angaben</p> <p>Klinische Diagnose/Fragestellung</p>	<p>Gynäkologische Angaben:</p> <p>IUP <input type="checkbox"/></p> <p>Kolposkopie suspekt <input type="checkbox"/></p> <p>Gravidität <input type="checkbox"/></p> <p>Hormone <input type="checkbox"/></p> <p>Hysterektomie <input type="checkbox"/></p> <p>CT oder RT <input type="checkbox"/></p>
---	---

Versandmaterial gewünscht: _____ Begleitscheine: Zytologie Auftrag weitergeleitet: _____ MTA-Kürzel

Nur vom Pathologen auszufüllen!



Anlage 4 zur Verfahrensanweisung Zytologie

Begleitschein für Material zur zytologische Begutachtung Bitte vollständig und in Druckbuchstaben ausfüllen. Bei ambulanter Behandlung und bei stationärer Behandlung von Belegärzten Überweisungsschein erforderlich.	Univ.-Prof. Dr. med. Danny Jonigk Institut für Pathologie Uniklinik RWTH Aachen 52074 Aachen Tel.: 0241 80-89708	Medizinisches Versorgungszentrum am Universitätsklinikum Aachen Institut für Pathologie Univ.-Prof. Dr. med. Danny Jonigk MVZ am Universitätsklinikum Aachen GmbH · D-52074 Aachen
<p>Name des Patienten <input type="text"/> Vorname <input type="text"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/></p> <p>Geburtsname <input type="text"/> Geburtsdatum <input type="text"/> selbst. Arzt <input type="checkbox"/></p> <p>Name des Versicherten <input type="text"/> Vorname <input type="text"/></p> <p>PLZ <input type="text"/> Wohnort <input type="text"/> Straße <input type="text"/></p>		<p>Bitte nicht ausfüllen!</p> <p>(Bitte beide Blätter stempeln)</p> <p>Stempel und Unterschrift des einsendenden Arztes <input type="text"/></p> <p>Ort <input type="text"/> Datum <input type="text"/></p> <p>telefonisch erreichbar unter <input type="text"/></p> <p>Station <input type="text"/></p>
Privat versichert bei: <input type="text"/> RVO-Versicherung Ersatzkasse: <input type="text"/>	Wahlleistung priv. <input type="checkbox"/> allg. Pflegekasse <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/>	

