



INSTITUT FÜR HISTOLOGISCHE UND
ZYTOLOGISCHE DIAGNOSTIK AG AARAU



Dammweg 1 Tel 062 834 02 80
5000 Aarau

institut@patho-diagnostik.ch
www.patho-diagnostik.ch

Zytologie

Name _____

Vorname _____ F ☐ M ☐

Geburtsdatum _____ **Patientennummer** _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Wohnort _____

☐ stationär --> ☐ ambulant ☐ Rechnung an Arzt
☐ allgemein ☐ halbprivat ☐ privat

Klinische Angaben und Fragestellungen:

Art des Untersuchungsmaterials, Organ/Topographie:

Körperhöhlenflüssigkeit ☐ Sekret ☐ Exfoliativzytologie ☐ Feinnadelpunktat ☐

Spezielle Bemerkungen:

Name und Stempel des Arztes/Spitals:

Datum der Entnahme:

Frühere Untersuchungen:

☐ Tel. Bericht: _____

☐ Fax Bericht: _____

☐ Mail Bericht: _____
(nur HIN-verschlüsselte Mail-Adressen)

Kopie(n) an: _____



Makroskopie:

☐ **SPF** ☐ **KFL** ☐ **Sekret**

☐ Blase ☐ Urin ☐ Ovar ☐ Douglas ☐ Schilddrüse
☐ Aszites ☐ Pleura ☐ Abdomen ☐ Andere

Circa _____ ml Flüssigkeit

☐ gelb ☐ rötlich ☐ bräunlich ☐ blutig ☐ trüb
☐ klar ☐ schleimig

☐ **FNP** ☐ **Abstrich** ☐ **Bürste**

_____ OT _____ + HF

Diagnose:

Kommentar:
