

<b>Institut für Pathologie</b> <b>MVZ Böblingen</b> Bunsenstr. 120 71032 Böblingen	Dr. med. I. Dostler Dr. med. (Univ. Skopje) T. Tashkova Kirkovska E. Gins, Dr. A. Pogrebniak, E. Nordhausen	Telefonnr. <b>07031 / 668-22588</b> oder <b>-22597</b> Faxnr. <b>07031 / 668-22894</b> <a href="mailto:pathologie@klinikverbund-suedwest.de">pathologie@klinikverbund-suedwest.de</a>
---	---	--

**Einsenderadresse**

< Anrede >

< Vorname > < Nachname >

< Abteilung >

Station:

  

< Strasse - Haus-Nr.>

<PLZ> < Ort >

**Patientendaten** (bitte Patientenaufkleber verwenden, falls zur Hand)

  
  

<b>Ambulant</b>	<input type="checkbox"/> Ü-Schein	<input type="checkbox"/> Privat
<input type="checkbox"/> AOP	<input type="checkbox"/> ASV	
<b>Stationär</b>	<input type="checkbox"/> Kasse	<input type="checkbox"/> Privat

**Voruntersuchungen:**     ja                       nein    Nr.:

**Klinische Angaben:**

**Seitenangabe:**             rechts                       links

<p><b>Thoraxzytologie</b></p> <p><input type="checkbox"/> PE-Tupfmaterial</p> <p><input type="checkbox"/> Feinnadelaspirate</p> <p><input type="checkbox"/> - transbronchial</p> <p><input type="checkbox"/> - transthorakal</p> <p><input type="checkbox"/> Bronchusbürstungen</p> <p><input type="checkbox"/> LK – Feinnadelaspirate</p> <p><input type="checkbox"/> - peripher</p> <p><input type="checkbox"/> - mediastinal</p> <p><input type="checkbox"/> Bronchiallavage</p> <p><input type="checkbox"/> Bronchioloalveoläre Lavage</p> <p><b>Ergußmaterial</b></p> <p><input type="checkbox"/> Pleura</p> <p><input type="checkbox"/> Aszites</p> <p><input type="checkbox"/> Perikard</p>	<p><b>Andere Materialentnahmen</b></p> <p><input type="checkbox"/> Pankreas-Feinnadelaspirat</p> <p><input type="checkbox"/> Schilddrüsen-Feinnadelaspirat</p> <p><input type="checkbox"/> Leber-Feinnadelaspirat</p> <p><input type="checkbox"/> Speicheldrüsen-Feinnadelaspirat</p> <p><input type="checkbox"/> Bürstungen Gallengang / Papille</p> <p><input type="checkbox"/> Abstrich Mundschleimhaut</p> <p><input type="checkbox"/> Abstrich Nasenschleimhaut</p> <p><input type="checkbox"/> Abstrich Kehlkopf</p> <p><input type="checkbox"/> Kniegelenk</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>	<p><b>Ableitende Harnwege</b></p> <p><input type="checkbox"/> Urin</p> <p><input type="checkbox"/> Lavagematerial</p> <p><input type="checkbox"/> - Nierenbecken</p> <p><input type="checkbox"/> - Harnleiter</p> <p><input type="checkbox"/> - Harnblase</p> <p><b>Mammazytologie / Gynäkologie</b></p> <p><input type="checkbox"/> Mammasekret</p> <p><input type="checkbox"/> Feinnadelaspirat</p> <p><input type="checkbox"/> Zystenpunktat Mamma</p> <p><input type="checkbox"/> Ovarialzystenpunktat</p> <p><input type="checkbox"/> Douglasmaterial</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>
--	---	--

**Einsendender Arzt / Ärztin:** \_\_\_\_\_

**Tel.-Nr. für Rückfragen:** \_\_\_\_\_

**Datum / Unterschrift:** \_\_\_\_\_