

# Feinnadelpunktion

Pathologie Medica Enge  
Rämistrasse 42, 8001 Zürich  
Tel. 044 269 99 41  
fnp@patho.ch



PATHOLOGIE  
MEDICA ENGE

23

R42

Patientendaten		Einsender, Auftraggeber	
Patienten-Nr. des Arztes: _____		<input type="checkbox"/> <b>Krankenasse</b> Mitglied-Nr. _____ <input type="checkbox"/> <b>Unfall-/Militärvers.</b> Fall-Schaden-Nr. _____ Unfalldatum _____ <input type="checkbox"/> <b>Selbstzahler</b> <input type="checkbox"/> <b>Einsender</b> <input type="checkbox"/> <b>Spital</b> Halbprivat/privat      allgemein Fall-ID _____ <input type="checkbox"/> <b>Anderer Rechnungsempfänger</b> (bitte vollständige Information): _____	
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> Kind >> Vater/Mutter			
Name	_____	Behandelnder Arzt: E-Mail: _____	
Vorname	_____		
Strasse	_____	<b>Rechnung an</b>	
PLZ/Ort	_____		
c/o	_____	<input type="checkbox"/> <b>Krankenasse</b> Mitglied-Nr. _____ <input type="checkbox"/> <b>Unfall-/Militärvers.</b> Fall-Schaden-Nr. _____ Unfalldatum _____ <input type="checkbox"/> <b>Selbstzahler</b> <input type="checkbox"/> <b>Einsender</b> <input type="checkbox"/> <b>Spital</b> Halbprivat/privat      allgemein Fall-ID _____ <input type="checkbox"/> <b>Anderer Rechnungsempfänger</b> (bitte vollständige Information): _____	
Geburtsdatum	Mobil Tel. _____		
E-Mail	_____	<b>Befundbearbeitung</b> <input type="checkbox"/> <b>Eilt</b>	
AHV-Nr.	_____		
<input type="checkbox"/> <b>Telefon erwünscht</b> Nr.: _____ <input type="checkbox"/> <b>Faxbericht erwünscht</b> Nr.: _____ <input type="checkbox"/> <b>Befundkopie an:</b> _____		<b>Ambulante Pauschale:</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <b>Ja</b> → <b>Wenn ja: Pauschalen-Code (6-stellig) angeben:</b> _____	
Frühere Untersuchungen (Institut/Befund Nr.) _____			

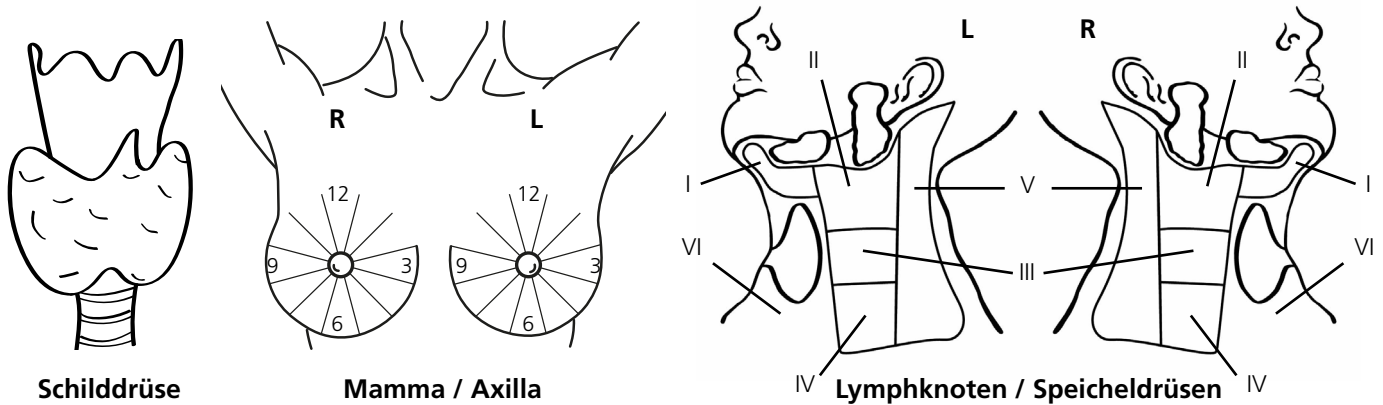
Bitte **schwarz** markieren

Zum Markieren keine Filzstifte verwenden!

## Feinnadelpunktion

### Vereinbarter Termin

Datum:	_____	Uhrzeit:	_____
Telefonnummer des Patienten für Terminvereinbarung _____ Klinische Angaben, insbesondere Angaben zu bereits bekannten Tumorleiden (evtl. Berichtsbeilage): _____ _____ _____			
Datum und Unterschrift: _____		Bitte Anmeldung per Mail an: <a href="mailto:fnp@patho.ch">fnp@patho.ch</a>	



## Makroskopischer Befund

behandelt mit:

Restmaterial vorhanden

**Material für MolPath:**  Cytolyt  Nativ

Versandhülle mit Namen/Lokalisation beschriftet

**Telefonprotokoll:**

## Mikroskopischer Befund

Plattenepithelien		Erythrozyten	
Plattenepithelmethaplasie		Neutrophile Granulozyten	
Kernlose Plattenepithelien		Eosinophile Granulozyten	
Drüsenepithel		Lymphozyten	
Kubisches Epithel		Plasmazellen	
Schleimbild. Zylinderepithelien		Bakterien	
Flimmerepithel		Pilze	
Urothelien		Schleim	
Bindegewebszellen		Myxoidsubstanz	
Muskelzellen		Kolloid	
Fettzellen			
Mesothelien			
Histiozyten			
Makrophagen			
Schaumzellen			

## Zytologische Diagnose