

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.			Status	
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis			Datum	

Eing.-Datum / Pröp.-Nr.

Eingegangenes Material:

Fixationsmittel: _____

Frühere Befunde (Pröp.-Nr., Ergebnis): _____

Antrag auf extragenitale zytologische Untersuchung

an Dr. B. Blume, Prof. Dr. J. Dämmrich, Dr. B. Heine, Dr. M. E. Dämmrich
 Fachärzte für Pathologie · Gemeinschaftspraxis

Alte Bahnhofstraße 1 · Postfach 1258 · 97402 Schweinfurt · Telefon 097 21 / 2 80 82 · Telefax 097 21 / 1 62 38

Exfoliativ- und Ergusszytologie

<input type="checkbox"/> Sputum	<input type="checkbox"/> Liquor	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
<input type="checkbox"/> Bronchialsekret	<input type="checkbox"/> Aszites	
BAL <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> Gelenkerguss, Lokalisation:	
<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> Perikarderguss	
Malignom vorbekannt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ggf. welches:		
Andere ergussrelevante Grunderkrankung(en) vorbekannt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ggf. welche:		

Schilddrüsen-Feinnadelaspiration

Lokalisation <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Isthmus	Raumforderung <input type="checkbox"/> zystisch <input type="checkbox"/> solide Größe: ____ cm
Stoffwechselstatus <input type="checkbox"/> Euthyreose <input type="checkbox"/> Hypothyreose <input type="checkbox"/> Hyperthyreose	
Serumwerte/Antikörperstatus	
Calcitonin: <input type="checkbox"/> Norm <input type="checkbox"/> erhöht <input type="checkbox"/> n.b.	Thyreoglobulin: <input type="checkbox"/> Norm <input type="checkbox"/> erhöht <input type="checkbox"/> n.b.
CEA: <input type="checkbox"/> Norm <input type="checkbox"/> erhöht <input type="checkbox"/> n.b.	Thyreoiditis-AK: <input type="checkbox"/> TRAK <input type="checkbox"/> TPO-AK <input type="checkbox"/> Tg-AK <input type="checkbox"/> nicht bekannt (n.b.)

Urinzytologie

<input type="checkbox"/> Spontanurin	<input type="checkbox"/> Spülurin
Hämaturie: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Zystoskopisch auffälliger Befund: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> n.b.
Malignom vorbekannt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ggf. welches:	Z.n. Therapie Urothelneoplasie: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ggf. welche:

Speicheldrüsen-Feinnadelaspiration

Lokalisation <input type="checkbox"/> Gl. Parotis <input type="checkbox"/> Gl. Submandibularis <input type="checkbox"/> Gl. Sublingualis	Raumforderung <input type="checkbox"/> zystisch <input type="checkbox"/> solide <input type="checkbox"/> gemischt Größe: ____ cm
--	---

Mammazytologie

Lokalisation: <input type="checkbox"/> rechte Brust <input type="checkbox"/> linke Brust
Entnahmetechnik: <input type="checkbox"/> Sekret <input type="checkbox"/> Zyste (Punktion)
Blutige Mammillensekretion: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Malignom vorbekannt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ggf. welches:

Pankreas-Feinnadelaspiration

Lokalisation <input type="checkbox"/> Pankreaskopf <input type="checkbox"/> Pankreaskörper <input type="checkbox"/> Pankreasschwanz <input type="checkbox"/> Panpankreatisch	Raumforderung <input type="checkbox"/> zystisch <input type="checkbox"/> solide <input type="checkbox"/> gemischt
Größe der Raumforderung ____ cm	Bezug zu Gangsystem <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zentral <input type="checkbox"/> peripher
Serum-Tumormarker	
CA 19/9: <input type="checkbox"/> Norm <input type="checkbox"/> erhöht <input type="checkbox"/> n.b.	CEA: <input type="checkbox"/> Norm <input type="checkbox"/> erhöht <input type="checkbox"/> n.b.
Chromogranin: <input type="checkbox"/> Norm <input type="checkbox"/> erhöht <input type="checkbox"/> n.b.	

Lymphknoten-Feinnadelaspiration

Lokalisation <input type="checkbox"/> thorakal/mediastinal, Regio: _____ <input type="checkbox"/> abdominal, Regio: _____ <input type="checkbox"/> andere, Regio: _____
Malignom vorbekannt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ggf. welches _____
Andere Grunderkrankungen vorbekannt:

Besondere Fragestellung:

Datum _____

Unterschrift / Stempel _____