

Zuweisung zur extragenitalen zyto-pathologischen Untersuchung

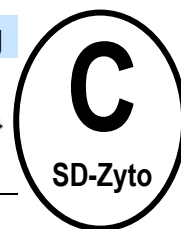
Steierm. Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

Landeskrankenhaus Graz II, Standort West, Institut für Pathologie

Vorstand: Prim. Univ.-Prof. Dr. Sigurd F. Lax

8020 Graz, Göstinger Straße 22, Tel.: (0316) 5466 – 5502, DaMe: KAGES183

E-Mail: pathologie@lkh-graz2.at



Patientendaten: (Etikett oder Pflichtfelder★)

Zuweiserdaten: (Pflichtfelder★)

Felder für Patho

AZ.:		Stempel/Name von LKH/Abt./Arzt★:	
Familienname★:		Bitte freilassen für E-Nummern	
Vorname★:			
Frühere Name (Geburtsname/Mädchenname):			
Geschlecht★: SV-Nr★: Geburtsdatum★:		Zuständiger Arzt★: Tel. Nebenstelle★:	
☐ ♂ / ☐ ♀ ____ . ____ . ____		Amb / Stat★: Vers.: Gebührenklasse★:	
☐ amb / ☐ stat		☐ A / ☐ S	

Materialdaten: (Pflichtfelder★)

Klinische Angaben:

Entnahmedatum	Organgebiet	Lokalisation:	Szinti: ☐ heiss ☐ warm ☐ kalt ☐ inhomogen	L-Code: Sek Foto ☐
	Schilddrüse			
Lage des Knotens:			Sono: ☐ echonormal ☐ echoarm ☐ echodicht ☐ suspekt (Mikrokalk) ☐ gemischt echogen ☐ zystisch	
				
Zus. Angaben:			☐ Wachstum ☐ Thyreostatikatherapie	
Besondere Wünsche:			☐ CITO am Folgetag bis 9:00 ☐ Rückruf unter	

Probenbezeichnung im Detail:

(Pflichtfelder★)

	Gewinnung★: FNA / Punktat.	Lokalisation★: Anatomisch genau	Anzahl Präparate ★ (Objekträger, Röhrchen,...)	Nähere Angaben
1.				
2.				
3.				