

# Zuweisung zur extragenitalen zyto-pathologischen Untersuchung

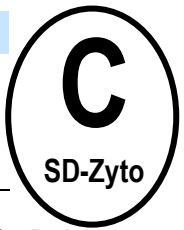
Steierm. Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

**Landeskrankenhaus Graz II, Standort West, Institut für Pathologie**

Vorstand: Prim. Priv.-Doz. Dr. Oleksiy Tsybrovskyy

8020 Graz, Göttinger Straße 22, Tel.: (0316) 5466 – 5502, Befundauskunft: (0316) 5466-5505

E-Mail: pathologie@lkh-graz2.at



## Patientendaten: (Etikett oder Pflichtfelder★)

## Zuweiserdaten: (Pflichtfelder★)

Felder für Patho

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| AZ.:   |  | Stempel/Name von LKH/Abt./Arzt★:   |  |
| Familienname★:   |  |  |  |
| Vorname★:  |  |  |  |
| Frühere Name (Geburtsname/Mädchenname):  |  |  |  |
| Geschlecht★: <input type="checkbox"/> ♂ / <input type="checkbox"/> ♀                     |  | Zuständiger Arzt★: <span style="float:right">Tel. Nebenstelle★:</span>               |  |
| SV-Nr★:      Geburtsdatum★: <input type="checkbox"/> amb / <input type="checkbox"/> stat |  | Vers.:      Gebührenklasse★: <input type="checkbox"/> A / <input type="checkbox"/> S |  |

Bitte freilassen für E-Nummern

## Materialdaten: (Pflichtfelder★)

## Klinische Angaben:

|                    |                    |               |  |   |     |
|--------------------|--------------------|---------------|--|---|-----|
| Entnahmedatum      | Organgebiet        | Lokalisation: | Szinti:  | L-Code:   | Sek |
|                    | <b>Schilddrüse</b> |               | <input type="checkbox"/> heiss<br><input type="checkbox"/> warm<br><input type="checkbox"/> kalt<br><input type="checkbox"/> inhomogen   |   |     |
| Lage des Knotens:  |                    |               | Sono:  | Foto <input type="checkbox"/>   |     |
|                    |                    |               | <input type="checkbox"/> echnormal<br><input type="checkbox"/> echoarm<br><input type="checkbox"/> echodicht<br><input type="checkbox"/> suspekt (Mikrokalk)<br><input type="checkbox"/> gemischt echogen<br><input type="checkbox"/> zystisch |   |     |
|                    |                    |               | Zus. Angaben:  | <input type="checkbox"/> Wachstum<br><input type="checkbox"/> Thyreostatikatherapie |     |
| Besondere Wünsche: |                    |               | <input type="checkbox"/> <b>CITO</b> am Folgetag bis 9:00 <input type="checkbox"/> Rückruf unter   |   |     |

## Probenbezeichnung im Detail:

(Pflichtfelder★)

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