

Anweisung zur extragenitalen zyto-pathologischen Untersuchung

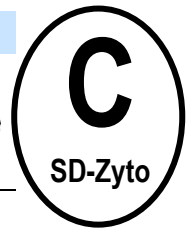
Steierm. Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

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, Fax: (0316) 5466-5504

E-Mail: pathologie@lkh-graz2.at



Patientendaten: (Etikett oder Pflichtfelder★)

Zuweiserdaten: (Pflichtfelder★)

Felder für Patho

AZ.:		Stempel/Name von LKH/Abt./Arzt★:	
Familienname★:		Zuständiger Arzt★: _____ Tel. Nebenstelle★: _____	
Vorname★:			
Frühere Name (Geburtsname/Mädchenname):			
Geschlecht★: <input type="checkbox"/> ♂ / <input type="checkbox"/> ♀	SV-Nr★: _____	Geburtsdatum★: _____	Amb / Stat★: <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
	Schilddrüse		<input type="checkbox"/> heiss <input type="checkbox"/> warm <input type="checkbox"/> kalt <input type="checkbox"/> inhomogen	
Lage des Knotens:			Sono:	Foto <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> echonormal <input type="checkbox"/> echoarm <input type="checkbox"/> echodicht <input type="checkbox"/> suspekt (Mikrokalk) <input type="checkbox"/> gemischt echogen <input type="checkbox"/> zystisch	
			Zus. Angaben:	
Besondere Wünsche:			<input type="checkbox"/> CITO am Folgetag bis 9:00	<input type="checkbox"/> Rückruf unter _____

Probenbezeichnung im Detail:

(Pflichtfelder★)

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